

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**



**ESTIMAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN ÁREA RURAL QUE
ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR SOBRE
LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE, EN EL HOSPITAL DOCENTE
PEDRO VICENTE MALDONADO DURANTE EL AÑO 2017.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

MD. MARIA ISABEL CAÑAS TUTASI

MD. CHARYL IVON PROAÑO ALVARADO

**DIRECTOR DE TESIS: Dra. PAMELA COBA
TUTOR METODOLÓGICO: Dr. PATRICIO TRUJILLO**

QUITO – ECUADOR

AGOSTO 2017

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

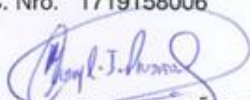
Nosotras, **MARÍA ISABEL CAÑAS TUTASI Y CHARYL IVON PROAÑO ALVARADO** con C.C. 1719158006 y 0703550996 respectivamente, autoras del trabajo de graduación intitulado: **"ESTIMAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN ÁREA RURAL QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EN EL HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO, DURANTE EL AÑO 2017"**, previa a la obtención del título profesional de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Facultad de Medicina:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 17 de agosto de 2017



MARÍA ISABEL CAÑAS TUTASI
C.C. Nro. 1719158006



CHARYL IVON PROAÑO ALVARADO
C.C. Nro. 0703550996

Quito 07 de agosto de 2017

CERTIFICADO DE SIMILITUD

CERTIFICO que el trabajo de investigación titulado

“PERCEPCION DEL PACIENTE EN AREA RURAL QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR SOBRE LA RELACION MEDICO – PACIENTE, EN EL HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO DURANTE EL AÑO 2017.”

De las autoras

MARIA ISABEL CAÑAS TUTASI con CC 1719158006

CHARYL IVON PROAÑO ALVARADO con CC 0703550996

Tiene un índice de similitud del 3 % usando el programa informático URKUND
(<http://www.arkund.com>)

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Galo Sánchez del Hierro".

Galo Sánchez del Hierro, PhD (c)

Médico Familiar

Docente del Postgrado de Medicina Familiar

Docente de pregrado

AGRADECIMIENTOS

Charyl:

Agradezco en especial a Dios, ser supremo, omnipresente, omnisciente y omnipotente, por estar presente siempre en mi vida.

A mi familia por su comprensión fuerza, consejos y apoyo incondicional durante este proceso. A Santiago por su amor, cuidados y paciencia.

A las amistades que con su presencia han hecho agradable el día a día.

María Isabel:

Agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de culminar con éxito esta etapa en mi vida, a mis padres y hermano, por la paciencia y preocupación en cada momento, Tío Jaime, Poli, Mami Rosi por sus oraciones y apoyo constante, Andrés por su amor y ayuda incondicional.

Agradecemos al personal docente que forma parte del posgrado de Medicina Familiar por su dedicación a nuestra formación impartiendo sus conocimientos.

RESUMEN

Antecedentes: Con el advenimiento de la Medicina Familiar se considera importante conocer la percepción que nuestra población de estudio tiene de su médico de familia.

Diseño: Estudio tipo descriptivo, analítico, cuantitativo.

Objetivo: Estimar la percepción de la relación médico-paciente en el área rural a través de la escala PDRQ-9, evaluar la relación de la percepción con los determinantes sociodemográficos y conocer las características de la población estudiada.

Método: En el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, a 275 personas bajo criterios de inclusión, se aplicó escala PDRQ-9 y se sistematizó información con el programa estadístico SPSS.

Resultados: De acuerdo a los resultados, la percepción en general de la población estudiada con respecto a la relación médico - paciente, es adecuada, evidenciado en la escala PDRQ 9 por sus respuestas bastante apropiada y muy apropiada que sugiere satisfacción a la atención médica; se observó en ciertos subgrupo como en los de grupo de etario entre 21 a 30 años, género masculino, nivel de instrucción universitaria y estado civil separado/a que sus respuestas marcaban tendencia a la insatisfacción reflejando una relación médico paciente inadecuada.

Conclusiones: La población estudiada del área rural identifica una adecuada relación con su médico familiar en consulta externa, a pesar de que la literatura sugiere posibles

determinantes que influyen en la percepción de la relación médico paciente no se logra identificar en el estudio de forma directa la intervención de variables sociodemográficas.

Palabras clave: Relación médico paciente, satisfacción, Escala PDRQ-9, medicina familiar, área rural.

ABSTRACT

Background: With the advent of Family Medicine it is considered important to know the perception that our study population has of their family doctor.

Design: Descriptive, analytical, quantitative study.

Objective: To estimate the perception of the doctor-patient relationship in the rural area through the PDRQ-9 scale, to evaluate the relation of the perception with the sociodemographic determinants and to know the characteristics of the studied population.

Method: In the Teaching Hospital Pedro Vicente Maldonado, 275 people were included under inclusion criteria, , a PDRQ 9 scale was applied and information was systematized with the SPSS statistical program.

Results: According to the results, the general perception of the population studied with respect to the doctor - patient relationship is adequate, evidenced in the PDRQ scale 9 by its quite appropriate and very appropriate answers that suggests satisfaction to the medical attention; Was observed in certain subgroups, such as those in the age group of 21 to 30 years old, male gender, university education level and separated marital status, whose responses marked a tendency to dissatisfaction, reflecting an inadequate patient medical relationship.

Conclusions: The population studied in the rural area identifies an adequate relationship with their family physician in an outpatient clinic, even though the literature suggests

possible determinants that influence the perception of the patient medical relationship, it is not possible to identify in the study directly the intervention of Sociodemographic variables.

Key words: Patient medical relationship, satisfaction, PDRQ-9 scale, family medicine, rural area.

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
TABLA DE CONTENIDO	ix
Tabla de contenido.....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE TABLAS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE ANEXOS	xvii
INTRODUCCIÓN	19
JUSTIFICACION	21
CAPÍTULO I	22
1 MARCO TEÓRICO.....	23
1.1 Descripción.....	23
1.2 La comunicación médico paciente	24
1.2.1 Principios básicos de la comunicación	25
1.2.2 Elementos de la comunicación.....	26
1.2.3 Tipos de comunicación.....	27
1.2.4 Empatía	28
1.2.5 Compromisos y responsabilidad del buen medico	29
1.2.6 Virtudes y Fortalezas del Médico	30
1.3 Relación médico paciente	31
1.3.1 Antecedentes históricos.....	31
1.3.2 Fortalecimiento de la atención médica a través de una adecuada relación médico-paciente.....	35

1.3.3	Factores demográficos partícipes en la relación médico paciente	37
1.3.3.1	Grupo etario	37
1.3.3.2	Género.....	38
1.3.3.3	Nivel de instrucción	39
1.3.4	Modelos de relación médico-paciente.....	40
1.3.5	Influencia del Burnout en la relación médico paciente	40
1.4	El médico y el paciente.....	41
1.5	El médico familiar	43
1.5.1	Médicos familiares en área rural.....	45
1.5.2	Características de la práctica médica rural	46
1.6	Instrumento de medición para valoración desde la perspectiva del paciente relación médico - paciente.....	48
CAPÍTULO II		¡Error! Marcador no definido.
2	METODOLOGÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1	Pregunta de investigación	¡Error! Marcador no definido.
2.2	Objetivos	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1	Objetivo general	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2	Objetivo específico	¡Error! Marcador no definido.
2.3	Hipótesis.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4	Diseño y método	¡Error! Marcador no definido.
2.5	Población de estudio	¡Error! Marcador no definido.
2.5.1	Criterios de inclusión.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5.2	Criterios de exclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.6	Tipo de estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7	Recolección de la muestra	¡Error! Marcador no definido.
2.8	Plan de análisis de datos	¡Error! Marcador no definido.
2.9	Aspectos bioéticos.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III		¡Error! Marcador no definido.
3	RESULTADOS	49
3.1	Resultados de los grupos etarios.....	49
3.2	Resultados de grupos por género	50
3.3	Resultados por grupo étnico	51
3.4	Resultados por nivel de instrucción	53
3.5	Resultados por estado civil.....	54

3.6	Resultados de enfermedades previas	55
3.7	Resultados de tipo de enfermedades diagnosticas.....	56
3.8	Resultado del número de veces asistida a consulta externa de medicina familiar	57
3.9	Resultado de la prueba piloto para la utilización escala PDRQ-9	58
3.10	Escala PDRQ-9	60
3.11	Percepción de la población a la primera pregunta de la escala PDRQ-9	61
3.11.1	Percepción de la población a la segunda pregunta de la escala PDRQ-9.....	62
3.11.2	Percepción de la población a la tercera pregunta de la escala PDRQ-9	63
3.11.3	Percepción de la población a la cuarta pregunta de la escala PDRQ-9.....	64
3.11.4	Percepción de la población a la quinta pregunta de la escala PDRQ-9.....	65
3.11.5	Percepción de la población a la sexta pregunta de la escala PDRQ-9.....	66
3.11.6	Percepción de la población a la séptima pregunta de la escala PDRQ-9	67
3.11.7	Percepción de la población a la octava pregunta de la escala PDRQ-9	68
3.10.9	Percepción de la población a la novena pregunta de la escala PDRQ-9	69
3.12	Resultado del valor total de la escala PDRQ-9	70
3.13	Resultados de variables cruzadas.....	71
3.13.1	Grupo etario y resultado de las preguntas del PDRQ-9	71
3.13.2	Género y resultado de las preguntas del PDRQ-9.....	72
3.13.3	Etnia y resultado de las preguntas del PDRQ-9.....	74
3.13.4	Nivel de instrucción y resultado de las preguntas del PDRQ-9	75
3.13.5	Estado civil y resultado de las preguntas del PDRQ-9	77
CAPITULO IV		79
4	DISCUSIÓN.....	79
CAPÍTULO V		83
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS.....		90

LISTA DE ABREVIATURAS

PDRQ-9-----	Patient-Doctor Relationship Questionnaire
H.P.V.M-----	Hospital Pedro Vicente Maldonado
SPSS-----	Statistical Package for the Social Sciences

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2. Variables de Salud	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3. Variables de relación interpersonal.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4. Porcentaje de grupo etario de la población que interviene en el estudio.....	49
Tabla 5. Porcentaje del grupo etario de la población que interviene en el estudio.....	50
Tabla 6. Porcentaje de grupo étnico de los pacientes que intervienen en el estudio	52
Tabla 7. Porcentaje del nivel de instrucción de la población en estudio	53
Tabla 8. Porcentaje de Estado civil de la población de estudio	54
Tabla 9. Porcentaje de diagnóstico de enfermedad previa de la población de estudio	55
Tabla 10. Porcentaje de tipo de enfermedades diagnosticadas en la población de estudio	56
Tabla 11. Porcentaje número de veces asistida a consulta externa medicina familiar	57
Tabla 12. Distribución de la población que comprendió los enunciados de escala PDRQ-9	59
Tabla 13. Porcentaje de la respuesta a la primera pregunta- Escala PDRQ-9.....	61
Tabla 14. Porcentaje de la respuesta a la segunda pregunta- Escala PDRQ-9	62
Tabla 15. Porcentaje de la respuesta a la tercera pregunta- Escala PDRQ-9.....	63
Tabla 16. Porcentaje de la respuesta a la cuarta pregunta- Escala PDRQ-9	64
Tabla 17. Porcentaje de la respuesta a la quinta pregunta- Escala PDRQ-9.....	65
Tabla 18. Porcentaje de la respuesta a la sexta pregunta Escala PDRQ-9	66
Tabla 19. Porcentaje de la respuesta a la séptima pregunta Escala PDRQ-9.....	67
Tabla 20. Porcentaje de la respuesta a la octava pregunta Escala PDRQ-9	68
Tabla 21. Porcentaje de la respuesta a la novena pregunta Escala PDRQ-9.....	69
Tabla 22. Resultado total de las preguntas -Escala PDRQ-9	70

Tabla 23. Resultado entre la relación edad y escala PDRQ-9.....	71
Tabla 24.Resultado entre género y escala PDRQ-9.....	73
Tabla 25. Resultado entre grupo étnico y escala PDRQ-9	74
Tabla 26. Resultado entre nivel de instrucción y escala PDRQ-9	76
Tabla 27. Resultado entre estado civil y escala PDRQ-9.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa geográfico cantón Pedro Vicente Maldonado.....	24
Figura 2. Distribución de grupo etario de los pacientes que intervienen en el estudio.....	50
Figura 3. Distribución de grupo por género de los pacientes que intervienen en el estudio.....	51
Figura 4. Distribución de grupos étnicos de la población estudiada.....	52
Figura 5. Distribución de acuerdo al nivel de instrucción de la población estudiada	53
Figura 6. Distribución por estado civil de los pacientes que intervienen en el estudio	54
Figura 7. Distribución de grupos diagnosticado de enfermedad previa.....	55
Figura 8. Distribución de grupos por tipo de enfermedad diagnosticada previamente	56
Figura 9. Distribución por número de veces asistida a consulta externa en medicina familiar ...	58
Figura 10. Distribución de la población piloto con relación a la comprensión de los enunciados de la Escala PDRQ-9	59
Figura 11. Identificación de enunciado de la escala PDRQ-9 con dificultad de comprensión en la población piloto	60
Figura 12. Distribución porcentaje respuesta a la primera pregunta Escala PDRQ-9.....	61
Figura 13. Distribución porcentaje respuesta a la segunda pregunta Escala PDRQ-9	62
Figura 14. Distribución porcentaje respuesta a la tercera pregunta Escala PDRQ-9	63
Figura 15. Distribución porcentaje respuesta a la cuarta pregunta Escala PDRQ-9	64
Figura 16. Distribución porcentaje respuesta a la quinta pregunta Escala PDRQ-9	65
Figura 17. Distribución porcentaje respuesta a la sexta pregunta Escala PDRQ-9.....	66
Figura 18. Distribución porcentaje respuesta a la séptima pregunta Escala PDRQ-9.....	67
Figura 19. Distribución porcentaje respuesta a la octava pregunta Escala PDRQ-9.....	68
Figura 20. Distribución porcentaje respuesta a la novena pregunta Escala PDRQ-9.....	69

Figura 21. Distribución del porcentaje y frecuencia de los resultados totales de la escala PDRQ-9	70
Figura 22. Resultado de distribución entre la relación edad y escala PDRQ-9.....	72
Figura 23. Resultado de distribución entre la relación género y escala PDRQ-9.....	73
Figura 24. Resultado de distribución entre la relación grupo étnico y escala PDRQ-9	75
Figura 25. Resultado de distribución entre la relación nivel de instrucción y escala PDRQ-9	76
Figura 26. Resultado de distribución entre la relación estado civil y escala PDRQ-9.....	78

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Escala PDRQ-9-----	82
Anexo 2 Entrevista semiestructurada-----	83
Anexo 3 Consentimiento informado -----	

INTRODUCCIÓN

“La relación médico-paciente es de tipo profesional”,(González Menéndez RA, 2013,p.6) intervienen dos personas con diferentes personalidades, culturas, de las cuales una solicita ayuda y la otra ofrece. Que sea exitosa depende de la capacidad del médico para manejar la situación ante el paciente mediante el respeto, atención, amabilidad y la capacidad para satisfacer los objetivos del paciente.(González Menéndez RA, 2013, p.6).

La razón de ser de la medicina es el usuario de servicios de salud que se lo llama paciente. , desafortunadamente el paciente “se convierte en un número más, en un diagnóstico más, en una enfermedad más. Triste realidad la del ser humano, que acude en busca de cálida ayuda humana y encuentra un grupo frío muy científico que hace un diagnóstico y formula un tratamiento a un desconocido ente biológico.”(Hernández-Torres, Ma, -Coria, & Hernández-Hernández, 2006).

Al referirnos como paciente al ser humano que va más allá de una persona enferma, que forma parte de un sistema, con múltiples demandas de acuerdo al contexto donde se desarrolla su existencia, “un individuo humano no es nunca, ni siquiera en el más profundo estado de inconsciencia, puro organismo.”(De las Heras J., 1994). Por lo que en este estudio preferimos usar el término paciente sin considerar otros símiles como “usuario” o “usuarios de salud” que expresan la asimetría de poder que hay en la consulta.

“Existe una evidente deuda con la formación humanística, que dificulta la adquisición de las necesarias habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad en su

multidimensionalidad, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria.”(Mayda Josefa Hernandez Rosales, 2013,p.1).

La comunicación es una compleja característica de los seres humanos que puede enfocarse desde diferentes puntos de vista, explicados por diversas teorías. La comunicación del profesional de la salud, vista como una competencia, precisa conocimientos, actitudes y habilidades que pueden enseñarse, aprenderse y evaluarse durante el proceso formativo.(Bürigi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, 2008).

En la práctica médica la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aflige al paciente sin integrar las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden determinarlos o agudizarlos. (Martín-Fernández et al., 2010).

Una relación médico-paciente adecuada tiene mucha importancia. Desde la antigüedad Hipócrates lo manifestaba “Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha”(Martín-Fernández et al., 2010) . El paciente necesita y espera que se trate su enfermedad utilizando todos los conocimientos científico-técnicos que se encuentren al alcance, pero lo más valorado por el paciente y su familia es el juicio individualizado, el trato humanístico del médico puesto en función del paciente, abnegación, para servir a los demás.(Mingote J., 2008).

La comunicación de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares, para ser eficaz, debe contener elementos tales como escuchar con atención, explicar las cosas, mostrar

respeto, dedicar tiempo suficiente e incentivar la participación en la toma conjunta de decisiones para fortalecer la autonomía. (Jung, Wensing, Olesen, & Grol, 2002).

Un estudio investigó el comportamiento de adhesión, o sea la permanencia y el cumplimiento de las indicaciones frente al tratamiento médico en pacientes con insuficiencia renal crónica en Bogotá; se concluyó que dar una adecuada información y prestar atención a los pensamientos y emociones de las personas atendidas, podría mejorar sustancialmente su participación activa en el tratamiento. (Gómez, 2002,p.1).

La comunicación incluye, comunicación con el paciente en la entrevista, las habilidades de escucha, la comunicación de malas noticias, la empatía, el respeto por la diversidad, las habilidades para transmitir recomendaciones a los pacientes y sus cuidadores, la comunicación con los otros profesionales y con los medios de comunicación y el registro de la información escrita (Edgar Vera-Béjar, 2001).

Tuckett et al. (2006) definen “la consulta como un encuentro entre expertos: El médico conoce en gran medida como el cuerpo trabaja, el paciente conoce acerca de él mismo: acerca de la experiencia de su problema, acerca de sus valores y necesidades....conoce acerca de su estilo de vida, y el contexto social en el cual cualquier plan de manejo será ejecutado”. En una adecuada relación médico-paciente este último elige al médico para su atención y su autonomía concede al médico asesor su estudio y tratamiento.(Orestes, Baró, & González, 2014).

JUSTIFICACION

La relación médico paciente está vinculada a una atención de salud adecuada en términos de percepción y satisfacción identificados por el paciente, permitiendo entender y comprender las debilidades y fortalezas de los diferentes componentes que interactúan entre el médico y paciente al momento de la consulta médica.

En investigación social, en torno a los conceptos, percepciones o preferencias, estos cambian de sociedad a sociedad según la transformación de la composición de las mismas. El rol del paciente como tal, también es cambiante, no solo de acuerdo al tipo de población donde nos encontremos sino al contexto médico donde este se encuentre, de aquí que su participación e interacción con el personal sanitario será variable. Entender que es lo que experimenta un paciente cuando acude a una consulta impuesta por el sistema, o por que busca a su médico de cabecera, es clave para generar ideas de cambio, de mejoramiento de la calidad de la atención y de los servicios brindados. Si se identifica las percepciones de la gente que acude al facultativo, se puede corregir errores y deficiencias, obtener un beneficio común donde prime el bienestar del paciente. Mejorar la relación médico - paciente permitirá generar mayor satisfacción de los usuarios, mayor adherencia al tratamiento, a través del autocuidado, por lo que conseguirá un impacto positivo en la salud(Rold., Sadock, & Grebb, 1996).

CAPÍTULO I

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Descripción

El lugar donde se realizó el estudio:

- Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, de la Fundación SALUDESA.
- Ubicación geográfica: Provincia de Pichincha, Cantón Pedro Vicente Maldonado.
- Dirección: Av. Manuel Córdova Galarza Mz06-405 y calle 26 de Septiembre.
- La institución mencionada brinda servicios de salud desde el año 2000 a la población de dicho cantón y sus recintos cercanos.

El hospital tiene una construcción de 619.8 m², su estructura física cuenta con planta baja y un piso, con respecto a su distribución en la planta baja se encuentra las siguientes áreas: Consulta Externa (cuenta con Directorio, Informática, Estadística, Farmacia de consulta, Consultorios (7 en total), área designada para Procedimientos menores, electrocardiograma y espirometría); Hospitalización (cuenta con capacidad para 18 camas 1 para intermedios, 2 para asilamiento, 4 para mujeres, 4 para niños, 4 para hombres, 2 para ginecología, 1 cirugía menor, sala de espera, estación de enfermería, área de medicamentos para hospitalización) y Emergencia (cuenta con farmacia, sala de radiografía, camas 8 en total, sala de parto). En el primer piso hay consulta de odontología, ecografía, laboratorio, área de audiometría, área administrativa, sala de reuniones, auditorio, residencia y cocina.

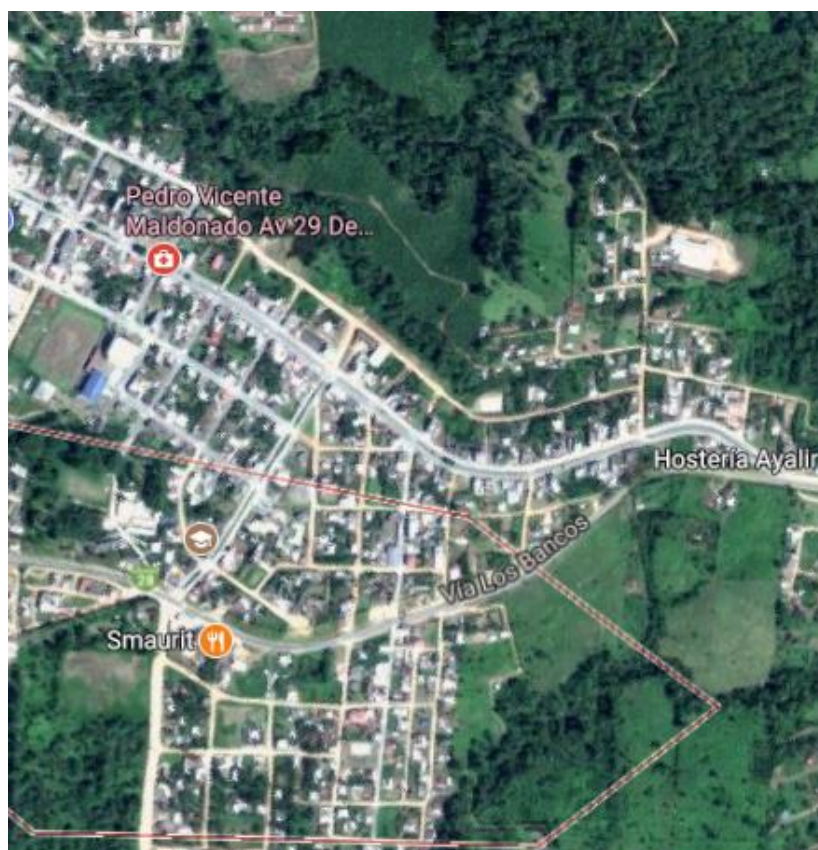


Figura 1. Mapa geográfico cantón Pedro Vicente Maldonado

Fuente: Google Maps.

1.2 La comunicación médico paciente

“La comunicación entre el médico y el paciente es un acto primordial de la práctica clínica, esta habilidad que se aprende y no catalogado como problema de personalidad.”(Moore, Gómez, & Kurtz, 2012, p.360).

Una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente, la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas por él médico, que es el resultado, una favorable calidad de atención médica. “No es simplemente ser agradable o amable se trata de producir un impacto efectivo que mejorará el proceso terapéutico” de nuestros pacientes.(Moore et al.,

2012, p.360). Se considera a la comunicación efectiva como una habilidad y competencia básica en la formación, propia del quehacer médico. (Tamblyn et al., 2007,p.995).

El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos, beneficia tanto al profesional como al paciente, ya que el médico identifica los problemas con mayor precisión y por otra, disminuyen las demandas en su contra. El nivel de satisfacción de ambos se incrementa, permitiendo posiblemente disminuir en el médico el grado de ansiedad. Las molestias en el paciente declinan y aumenta su complacencia.(Tamblyn et al., 2007,p.995).

Entre las metas de la comunicación médico paciente se puede nombrar: (Moore et al., 2012,p.363).

- “Promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente.”
- “La precisión en la definición de los problemas presentado por el pacientes y en sus diagnósticos.”
- “La eficiencia de la entrevista un mejor diagnóstico con un plan de manejo aceptado por el paciente todo en un tiempo adecuado.”

1.3 Principios básicos de la comunicación

Para mejorar la comunicación entre las personas, se ha propuesto dos perspectivas básicas.

(Kurtz, 2010, p.1049), según se menciona a continuación:

- El enfoque del “Lanzamiento de la bala”: Se considera a la comunicación que enfatiza el mensaje correctamente concebido y entregado, su origen en la Grecia clásica. En esta parte de la comunicación el “feedback” o retroalimentación no se incluía.

- El enfoque del “Frisbee” o “lanzamiento de platillo”: Desde algunos años, la comunicación interpersonal, a través del denominado enfoque “Frisbee” sirve para confirmar, reconocer, entender y apoyar a la otra persona en la comunicación médico paciente.

Además Suzanne Kurtz menciona ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Para lo que describe cinco principios:

- “Asegura una interacción en vez de una transmisión directa”. en la cual existe retroalimentación para esclarecer dudas durante la comunicación y conseguir entendimiento mutuo.
- “Reduce la incertidumbre innecesaria” ya que puede distraer e interferir con la eficacia, de la atención en la interacción médico- paciente.
- “Requiere planificación” basado en lo que se quiere lograr con la comunicación efectiva, entre los involucrados.
- “Demuestra dinamismo” a través de la reacción que el médico de muestra frente al paciente, se fundamente en el enfoque “frisbee”, retroalimentación médico-paciente.
- “Sigue un modelo helicoidal más que lineal.” se logra con comprensión integra y precisa, mediante repetición, retroalimentación, con dinamismo, que son elementos de la comunicación efectiva.

1.3.1 Elementos de la comunicación

Al proceso por el cual se transmite una información entre un emisor y un receptor, se denomina comunicación, la cual se compone de varios elementos: Mensaje: Es la expresión del emisor, lo que desea transmitir al destinatario, pueden ser palabras, movimientos que tienen algún sentido o significación o escritura. Código: Sistema de signos que utiliza el emisor para dar a entender su mensaje por ejemplo, un idioma en común, sonidos, letras, etc. Tema: engloba el

significado del mensaje. Elementos kinésicos: Son los gestos del emisor, movimientos, posturas corporales. Elementos paralingüísticos: Datos que influyen en el momento de la comunicación, sonidos, timbres, ritmos o pausas. Canal: Es el medio por el cual se expresa la información. Puede ser a través de la voz, las ondas sonoras, la visión u otros. (Fajardo Uribe, 2009, p.124).

Algunas ideas que forman parte de la comunicación efectiva en la relación médico-paciente: Aprender a escuchar, que no es lo mismo que oír. Ponerse en la piel del paciente, facilitarle que exprese sus sentimientos. Permitir que el paciente participe en su proceso, decidiendo por el mismo sus necesidades. Negociar, cuando el paciente no esté de acuerdo con nuestra opinión, para llegar a un acuerdo común. Esto no nos debilita como profesionales ni perdemos autoridad, sino todo lo contrario. Una indicación impuesta hará que el paciente no la siga y que nuestra relación se afecte negativamente.”(Inge Debrouwere, 2008,p.13).

1.3.2 Tipos de comunicación

Comunicación deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo”, es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. A través de la comunicación, las personas obtienen información respecto a su entorno y la comparten con su medio. (Rodriguez, 2008, p.52). Algunos de los tipos de comunicación definidos por Debrouwere son: (Inge Debrouwere, 2008,p.26)

- Comunicación no verbal: mediante el proceso sutil, lograr contacto entre dos personas, a través de sus diferentes modalidades, los pacientes intuyen acerca de cómo nos sentimos interactuando con ellos, si nos caen bien o nos producen rechazo, si estamos atentos o dispersos, cómo valoramos lo que vemos y escuchamos, si estamos siendo sinceros o simulando. El médico debe percibir la situación del paciente.

- “La escucha activa y dar atención: capacidad de interacción entre médico y paciente, filtrando factores que interfieren en “entender” y “sentirse entendido”, después de cierto tiempo la escucha activa disminuye la falta de concentración y la atención, además influye el interés del tema, la confianza y estado emocional. .Es importante que el paciente perciba al médico libre, y mientras escuchamos evitar aconsejar, juzgar, criticar, ordenar, demostrar impaciencia en la consulta, algunas técnicas para la escucha activa pero siempre reconociendo nuestro estilo de comunicación destrezas y debilidades en este ámbito, son: utilización de comunicación no verbal, ángulo-frente, inclinarse hacia adelante, apertura de manos y pies, contacto visual y mantener postura relajada”.
- Observación: mediante todos los sentidos identificar la forma de vestir, caminar, saludar, expresión de su rostro y cuerpo.
- “Silencio funcional: contribuye a la meditación, concentración y demuestra que estamos con el paciente.”
- Comunicación verbal: El paciente busca en su médico la tranquilidad para afrontar su enfermedad, su conocimiento a fondo de la misma, que el médico se encuentre interesado en él, compartir y expresar ideas sobre el tratamiento y aclarar dudas sobre un pronóstico, mediante el intercambio de información, para lo cual se utiliza, parafraseo, mediante palabras cortas y propias se reproduce el mensaje del paciente para dar seguridad y complementar información que requiere el médico.

1.3.3 Empatía

“Se define la “empatía” como una actitud humana que se centra en detectar y comprender las emociones y experiencias humanas del otro, expresa una solidaridad emocional y es la capacidad de ponerse en lugar del otro, en los zapatos de los demás, sin perderse en ellos.” (Inge Debrouwere, 2008,p36). Existen tanto componentes como niveles de la empatía, en los

primeros los tres componentes básicos son: cognitivo, comprensión y comunicación” (Esquerda, Yuguero, & Joan Viñas, 2016). En lo que respecta a los niveles son:

- Nivel 1.- falta de interés a lo que el paciente nos comenta se da juicios de valor, críticas mal fundadas.
- Nivel 2.- Teniendo en cuenta los sentimientos del paciente sin embargo no le damos importancia a lo expuesto.
- Nivel 3.- Reflejamos mediante las respuestas los sentimientos y lo que ha comentado el paciente.
- Nivel 4.- A las respuestas que damos al paciente agregamos, algo más que ha comentado y podemos ayudar para que experimente y/o exprese sentimientos, que antes no podía hacerlo.
- Nivel 5. Con las respuestas que damos al paciente añadimos significativamente más de lo que nos ha comunicado él mismo.

1.3.4 Compromisos y responsabilidad del buen medico

Según Millan se detalla los compromisos y responsabilidades del buen médico a continuación: (Jesús Millán Núñez-Cortés, 2014).

- Competencia profesional: Es responsabilidad del médico mantener un conocimiento actualizado, así como las habilidades clínicas que le permitan ejercer su profesión con 'competencia'.
- Honestidad con los pacientes: El médico debe informar, de forma clara y honesta, a sus pacientes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos lo cual permite involucrar en la toma de decisiones por su derecho de autonomía.
- Confidencialidad del paciente: “Es clave para ganar la confianza del paciente y mantener una efectiva relación médico-paciente”.

- Mejorar de la calidad de la atención: Buscando herramientas como el trabajo en equipo, integrarse en proyectos para el bienestar del paciente y los colaboradores de atención médica.
- Conocimiento científico: "La profesión médica en su conjunto es responsable de organizar un sistema que permita garantizar que los médicos sean poseedores del conocimiento científico apropiado. El médico es un profesional comprometido con la ciencia médica y con los enfermos. Gestiona el conocimiento científico en todos los aspectos: lo debe aplicar (haciendo asistencia), lo debe incrementar (haciendo investigación) y lo debe transmitir (enseñando los saberes médicos a aquellos que están en período de aprendizaje). Su compromiso alcanza a una formación científica de calidad que le permita contribuir al avance de la ciencia médica y a aplicar las mejores medidas y principios de la práctica clínica."
- Responsabilidades profesionales: Los médicos además del compromiso con los pacientes, es necesario velar por los principios profesionales, responsabilidad individual y colectiva con respecto al ejercicio de su profesión.

1.3.5 Virtudes y Fortalezas del Médico

Según Seligman y Peterson, el médico requiere ciertas cualidades que son necesarias para el ejercicio de la medicina e intervienen directamente en la relación médico-paciente, (Seligman y Peterson, 2004). En el cuestionario "Values in Action Carácter Strengths", encontraron 6 virtudes:

- Sabiduría: El conocimiento adquirido a través del esfuerzo para un buen fin, con sus fortalezas: curiosidad e interés por el mundo; amor por el conocimiento y el aprendizaje; apertura de mente, juicio y pensamiento crítico; además de la perspectiva.

- Valor: "La capacidad para superar el miedo físico, moral y psicológico", con sus fortalezas que son el valor, valentía., persistencia, perseverancia, diligencia. autenticidad, integridad y honestidad.
- Humanidad: "Mejorar el bienestar de otros, realizar actos generosos, bondadosos o benevolentes que mejoran a quienes los presencian, sus fortalezas son amor, capacidad de amar y ser amado; bondad, simpatía, amabilidad y generosidad; inteligencia emocional, personal y social..
- Justicia: "Es una virtud interpersonal, implica imparcialidad", sus fortalezas son: trabajo en equipo, ciudadanía, civismo y lealtad; sentido de la justicia y equidad; Liderazgo.
- Templanza: 'Hacer todo con medida'. "Quien posee esta virtud tiene control sobre los excesos, con sus fortalezas: capacidad de perdonar y misericordia; prudencia, discreción y cautela; autorregulación y autocontrol.
- Trascendencia: "La sensación de estar unidos a algo más grande que nosotros mismos, aquello que va más allá del conocimiento humano", con sus fortalezas: aprecio de la belleza y la excelencia y capacidad de asombro ante lo ordinario; gratitud; esperanza, optimismo y proyección hacia el futuro; sentido del humor; apreciar reír o sonreír con frecuencia; religiosidad, espiritualidad, fe y sentido religioso.

1.4 Relación médico paciente

1.4.1 Antecedentes históricos

Desde los inicios de la medicina, su constante evolución y desarrollo, se ha otorgado gran importancia a la relación médico-paciente, por ser la clave para el éxito en la gestión médica, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y el médico responsabilizado por su conglomerado social, para el restablecimiento de la salud del enfermo. Es posible descubrir referencias sobre la relación médico paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las

concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos.(Rodriguez, 2008, p.1-2).

La relación entre el médico y paciente era ya entonces un extraordinario agente terapéutico utilizado con empirismo y ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. Sin embargo, esta relación ha ido cambiando a lo largo de la historia, conforme las transformaciones políticas, sociales y culturales, dando forma a lo que hoy podemos visualizar y comprender. (Rodriguez, 2008, p.1-2).

Desde la medicina hipocrática y por muchos siglos, la medicina se fundamentó en el respeto a la naturaleza con un concepto de enfermedad como la pérdida del equilibrio de lo natural y con intervenciones médicas basadas principalmente en la sabiduría y experiencia personal del médico, con tres principios: favorecer y no perjudicar (*primum non nocere*), abstenerse de lo imposible, atacar la causa del daño. (Silva, 2008,p.195-201).

“El enfermo, llamado así por su falta de firmeza (del latín *in firmus* = no firme) y también llamado paciente (de *patiens* = sufriente), era infantilizado pues se le suponía incapaz de comprender. Por lo tanto el enfermo era tratado como alguien que no necesita saber ni entender lo que le ocurre, sino recibir ayuda y seguir obedientemente las indicaciones.”(Juan Pablo Beca, 2015,p. 391).

En las civilizaciones, los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente, desde épocas tan remotas en el antiguo Egipto la importancia al relato del enfermo, que expresaba no solo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que

atribuía su enfermedad, en esta medicina la enfermedad se pensaba con una existencia autónoma, algo que ataca desde el exterior y es independiente del organismo que lo soporta. (Rodríguez, 2008,p.1).

La medicina científica occidental tiene su origen en Grecia, al ofrecer una explicación racional de la enfermedad y descartar los factores mágico-religiosos. (Rodríguez, 2008) “Hipócrates menciona que en el arte de la medicina existen tres elementos fundamentales: el enfermo, la enfermedad y el médico, recalcando la relación médico-paciente en el proceso de curación, considerando que el paciente es ante todo un hombre que hay que respetar y comprender y finalmente postulando que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma.”(Rodríguez, 2008,p.2).

En la Edad Media, con el advenimiento del cristianismo, el desarrollo científico y técnico quedó subyugado al criterio moral y religioso. Desde el punto de vista cristiano, la perfección de la naturaleza física no es suficiente para la perfección de la persona.(Juan Pablo Beca, 2015,p395).

“El ideal un cambio extremo en la práctica de la relación de amistad en médico y paciente, surgieron nuevos conceptos como proximidad, que consiste en procurar el bien del hombre por el hecho de que él es hombre; por tanto la necesidad de conocerle y tratarle como persona individual” (Juan Pablo Beca, 2015,p.391).

En los siglos XVIII y XIX, surge la preocupación por la persona del enfermo, se incorpora la dimensión social y psicológica de la medicina, se desarrolla las especialidades médicas, y la medicina evoluciona hacia la búsqueda de fundamentos científicos.(Juan Pablo Beca, 2015).

Para finales de este siglo y comienzos del siglo XX mediante la lucha de los movimientos revolucionarios se logró la introducción del sujeto en el pensamiento y en el quehacer médico. El enfermo dejó de ser mero objeto y pasó a ser visto y tratado como sujeto.(Juan Pablo Beca, 2015,p.392).

Este cambio intentó recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, lo que hizo sobresalir la relación entre médico y paciente.(Rodríguez, 2008). “En el siglo XX, Sigmund Freud es quien contribuyó a establecer una definición clara de la relación médico-paciente; describiendo esa particular relación afectiva que en curso de la cura analítica suele establecerse entre el médico y el paciente y la concibió como una transferencia a la vez necesaria y perturbadora, llamando resistencia a la falta de comunicación entre ellos.”(Rodríguez, 2008,p.20).

“La relación médico - paciente en la actualidad, muestra que el vínculo con el enfermo pocas veces es una relación individual, lo que conlleva a que el médico lamentablemente conoce muy poco al enfermo como individuo. “Otra característica es que pacientes y familiares confían poco o desconfían de los sistemas de salud, de las instituciones y también de los profesionales médicos, así la medicina con su actual desarrollo, tanto en instituciones públicas como privadas, es una compleja actividad económica y de gestión. A esta realidad se agrega que la sociedad actual ha llevado a que pacientes y familiares sean exigentes de recursos inexistentes o de metas inalcanzables, lo cual aumenta la frustración que ha conducido a una creciente judicialización de la medicina.” (Juan Pablo Beca, 2015,p.395).

“Se reconoce una gran diferencia entre pacientes que se encuentra entre edades de 70-90 años con pacientes de 30-50 años de edad.”, los primeros aparente conformistas con simples explicaciones y algunos prefieren no ser informados en detalle sobre su patología o sobre diferentes procedimientos terapéuticos, prefiere que decida el médico o que éste tome la decisión en compañía de familiares. Los pacientes de menos edad, se puede pensar que tienen mayor interés de preguntar todo con máximo detalle, pedir otras opiniones y conocer sobre su patología por cuenta propia. El paciente actual es de esta manera un ciudadano capacitado, instruido, cumplidor de indicaciones y más responsable de su autocuidado. Como tal deberíamos considerarlo como el paciente ideal. Sin embargo, la complejidad de las relaciones implicadas ha llevado a que sea más bien considerado por algunos como un consumidor de servicios y no como una persona en necesidad de ayuda.(Juan Pablo Beca, 2015,p.395).

1.4.2 Fortalecimiento de la atención médica a través de una adecuada relación médico-paciente

La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por múltiples aspectos, entre los que se puede recalcar “la comunicación médico-paciente, la intervención del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente.(Beck, Daughtridge, & Sloane, 2015).

El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho primordial que determina la calidad de su relación y mejores resultados en salud se ha observado con determinados estilos de comunicación más empáticos, centrados en el paciente, que proporcionan seguridad y apoyo. (Beck et al., 2015,p.25).

La entrevista clínica es parte de una buena práctica médica por la cual mediante preguntas claves el médico tendrá la percepción qué siente el paciente, conociendo que le preocupa,

cómo y cuándo comenzó la alteración de su estado de salud conociendo además su historia de salud previa a la consulta médica. (Roter, 2001,p.16).

Para el fortalecimiento de la atención médica a través de la relación médico paciente es necesario preservar los principios de bioética como el principio de autonomía, no maleficencia, beneficencia por parte del médico y el principio de justicia este último en el cual interviene la sociedad, mediante normas jurídicas que aseguren el cumplimiento del deber de informar al paciente sobre su estado de salud, métodos diagnósticos, opciones terapéuticas, etc., con el fin de obtener el consentimiento para la adecuada toma de decisiones por parte paciente. (Silva, 2008,p.33-34).

Hasta hace pocos años no se refutaba la “orden del doctor”, el médico era no solo dueño del saber sino también quien intervenía sobre la mejor opción para el paciente, convirtiéndose de un modo paternal. El reconocimiento de la capacidad y el derecho de los individuos de decidir su propio bien, físico, moral, espiritual. El reconocimiento como sujeto activo que interviene, para crear un vínculo estrecho con el médico, representa su autonomía de ejercer su libertad.(Rodriguez, 2008,p.14).

“La relación médico – paciente, cuando se constituye verdadera amistad se puede identificar la existencia de tres aspectos principales: comprensión del médico, la confianza del paciente y la práctica de beneficencia, que podría ser más viable cuando en la relación de amistad entre médico y enfermo si se comparte ciertos objetivos y de valores.” (Gherardi C.R., 1996,p.255).

La confianza del paciente que nace como idea básica del estado afectivo inicial y existe antes del primer contacto con el médico, se transmite con la esperanza de aliviar su carga, que sus ansiedades, temores sean finalmente curados.(Gherardi C.R., 1996,p.255).

1.4.3 Factores demográficos partícipes en la relación médico paciente

1.4.3.1 Grupo etario

Es necesario primero conocer cuáles son las demandas en los dos grupos principales que en nuestro estudio se enfoca que es en la etapa adulta y adulto mayor para poder entender a estos grupos y brindar una atención adecuada.

En la etapa de adultez las manifestaciones de las características humanas llegan al máximo potencial, con estabilidad y control emocional, profesional y económico, se trata de reflexionar sobre relaciones interpersonales, fortaleciendo capacidad autocrítica en diversas situaciones, relacionándose con el medio sociocultural en que se desarrolle, los problemas de salud que aparece en esta etapa pueden ser percibidos como obstáculos, ya que interfieren en la realidad que está viviendo el paciente, por lo que buscan en el medico un manejo adecuado de su enfermedad, métodos diagnósticos y tratamiento, respetando su individualidad, considerando los principios de bioética, mencionados. En la edad adulta se debe dar mayor importancia, al ámbito emocional, la presencia de frustración y conflictos se suma a su enfermedad de base.(Rodríguez, 2008,p.56).

En la etapa de adulto mayor considerada como la disminución de las funciones mentales y físicas con cambios sociales y psicológicos en su entorno. Los problemas de salud son considerados por los adultos mayores como parte inevitable del envejecimiento, se rehúsan a solicitar ayuda médica y su mayor interés es conservar su “calidad de vida, independencia y

autonomía”, sus mayores miedos son la soledad, el abandono y falta de afecto por sus familiares. En esta etapa de su vida los pacientes se enfrentan a situaciones complejas en la toma de decisiones importantes respecto a su salud, el control y seguimiento de sus enfermedades, ya que en su mayoría son “crónico-degenerativas”. Para contribuir a una efectiva relación médico-paciente adulto mayor, se requiere que el médico demuestre interés por el paciente, utilizando lenguaje comprensible, generando tranquilidad, para contribuir a una toma de decisiones acertada, brindar confianza para interactuar en dudas y preguntas, observaciones que el paciente necesite resolver. (Roter, 2001,p.28).

“En un estudio realizado por Khayat K. que tenía como objetivo ver si la satisfacción del paciente variaban de acuerdo con características sociodemográficas tales como edad, sexo, clase social, nivel de instrucción; indico que los que tenían entre 17 y 44 años estaban menos satisfechos con el médico y estaban más dispuestos a cuestionar la competencia del médico que los encuestados mayores, hallazgos apoyados por encuestas anteriores. Además encontró que los de más de 45 años sentían que no podían discutir problemas personales con su médico.”(Khayat Kevin & Brian, 1994).

1.4.3.2 Género

Desde una perspectiva antropológica medica el género interactúa con lo biológico, existe condicionamiento de género que define, entre lo biológico y lo sociocultural, que va a influir en la relación médico paciente.(Zoe Díaz Bernal, 2010,p.2).

Con respecto al género en varios estudios se muestra diferencia en los resultados, en el estudio realizado en Kuwait por Ibrahim S Al-Eisa mostraron que “ existía asociación significativa entre la satisfacción general y el género, donde las mujeres se encuentran menos satisfechas que los hombres, esto fue consistente con otro realizado en otros países, además se puede

atribuir al hecho de que las mujeres representaban a sus familias más a menudo que a los hombres, un factor que podría haber sesgado los resultados, ya que sus niveles de satisfacción eran generalmente bajos”(Ibrahim, Manal, Radwan, & Al-Terkit, 2005,p.11). Para contrastar la información luego de diez años se realiza un nuevo estudio, en Kuwait por Alotaibi M “ Se encontró diferencia estadísticamente significativas de la satisfacción de los pacientes con el sexo la satisfacción global fue mayor entre los hombres que entre las mujeres”(Alotaibi, Alazemi, Alazemi, & Y Bakir, 2015).

1.4.3.3 Nivel de instrucción

Mientras los pacientes adquieran un nivel de instrucción alto y con acceso a medios de comunicación, serán más prolijos en conocer sobre su enfermedad, tendrán dudas y preguntas con respecto al tratamiento, de forma asertiva, autonómica, cumplirán con los principios para que la relación médico-paciente sea efectiva. (Rodriguez, 2008,p55).

Existen estudios donde hay diferencias directas e indirectas entre el nivel de instrucción y el grado de satisfacción, esto debido a otros factores sociodemográficos que intervienen, un ejemplo de esto se observa en el resultado del estudio realizado en Kuwait se encontró en los niveles de instrucción diferencias significativas de la satisfacción de los pacientes con el nivel de educación, la satisfacción global fue mayor entre los que tenían un grado universitario de educación que los otros niveles de educación”(Alotaibi et al., 2015). En contraste con el resultado en otro estudio informó de que los “pacientes menos educados en general estaban más satisfechos, ya que son menos exigentes.”(A.Babic-Banaszak et al., 2001).

1.4.4 Modelos de relación médico-paciente

Se establecieron modelos para relación médico paciente, con el fin de reducir el poder del médico en toma de decisiones (Juan Pablo Beca, 2015,p.395). A continuación se detallan:

Modelo hipocrático: Es un modelo tradicional se sustenta en el principio de beneficencia su base el paternalismo, la relación médico-paciente se ha mantenido asimétrica por el predominio de la imagen del médico, quien ha llevado al mando esta relación, siendo en ocasiones benevolente y otro autoritario.

Modelo deliberativo: El médico actúa como un maestro, mediante el dialogo compromete al paciente, para actuar en lo que sería mejor, por lo tanto el médico y el paciente toman la decisión más acertada.

Modelo interpretativo: Mediante la creación de un vínculo entre el paciente y el médico, quien actúa como consejero facilitando la información al paciente y la participación en el proceso de análisis en busca de la mejor opción médica que requiera.

Modelo informativo: a través de la autonomía que adquiere el paciente, y con la información otorgada por el médico conociendo riesgos y beneficios de acciones terapéuticas, el paciente se encuentra en capacidad de tomar decisiones.

1.4.5 Influencia del Burnout en la relación médico paciente

El síndrome de estrés se define como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Éstos interactúan de tal manera que ocasionan que el médico sienta ansiedad, cólera o depresión.(J.A. Flórez Lozano, 2002,p.167).

Los profesionales de salud están expuestos constantemente a tareas complejas en la que influyen diversas circunstancias:(Tobie-Gutiérrez & Nava-López, 2012,p.234).

- Excesivo enfrentamiento al sufrimiento y a la muerte de paciente.
- La frustración de no poder llegar a sus objetivos en busca del bienestar del paciente.
- Alta demanda de pacientes que buscan atención.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones.
- Aumento de la carga horaria.
- Falta de cohesión al trabajar en equipo.

“El agotamiento entre los médicos ha ganado una atención significativa debido al impacto negativo que produce en la relación médico- paciente, este síndrome de inadaptación (*burnout*) que amenaza progresivamente al médico se expresa en su “corporeidad hiperirritada”, es decir que los mecanismos de su conducta se proyectan hacia su “corporalidad”, con lo cual este lenguaje tensión-estrés-preocupación también llega fácilmente al paciente.”(Romani & Khalil Ashkar, 2014,p.2).

1.5 El médico y el paciente

“En la relación interpersonal médico - paciente son personajes protagónicos indispensables, el médico mediante la observación, detalla actitudes del enfermo expresiones, gestos, entonación de voz, silencios, postura, detectando algunas particularidades, considerando cambios en su comportamiento para saber cómo tratarlo” (Rodriguez, 2008,p.27). Mientras el paciente tiene un acercamiento a la consulta con lamentable y expectante vivencia de su dolencia creando mayor o menor confianza en la medicina,(Entralgo,1969,p.249). Desea ser atendido por médicos con una sólida formación académica acompañada de experiencia, entre las cualidades

al momento de comunicarse su lenguaje claro, sencillo, no utilizar palabras o técnicas y difíciles, brindar tranquilidad y confianza.(Rodríguez, 2008,p.63).

Para la práctica médica existen algunas características que el médico debe tomar en cuenta para lograr una buena relación médico paciente entre ellas: “saber oír, comprender y enseñar, pensar en no hacer daño; aprender a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo sin identificarse con él; valorar los objetivos del paciente para ir a consulta; aceptar al enfermo como es; no usar términos médicos que el paciente no pueda comprender el paciente y lograr que el paciente modifique la imagen de sí mismo, relaciones con los demás y visión futura, para propiciar su recuperación. Es mandatorio para el médico, tener en cuenta que el paciente tiene percepción de sí mismo, de su mundo, de los demás, de su enfermedad, “que puede tener repercusión positiva o negativa en su estado de salud y la forma de enfrentarlo”(Rodriguez, 2008,p.27, 30).

Es importante saber que en el proceso de establecer la relación médico paciente puede estar influenciada por factores personales como: situación emocional y afectiva, autoestima, grado de confianza en la preparación profesional, y dificultades para el diagnóstico y/o tratamiento, creencias, su personalidad, la etapa de la vida en la cual se encuentra, situación social y económica, el grado de malestar o de bienestar en el ámbito laboral, factores relacionados con el desarrollo de la carrera médica, como la necesidad de actualizarse, obtener título de especialista, factores estresantes como la subutilización de habilidades adquiridas por el profesional, sin poder aplicarlas cuando se requiera en su lugar de trabajo, el tiempo corto asignado para la consulta, insumos insuficientes o de menor calidad y eficacia, para la atención del paciente.(Rodriguez, 2008,p.33).

Para elevar el impacto de una buena relación médico paciente, se propone algunas sugerencias que el paciente solicita del médico (Orestes et al., 2014,p.1).:

- Disponibilidad para el paciente por parte del médico.
- Brindar toda la atención al paciente, durante la consulta provoca impresión positiva.
- Compartir información con el paciente, durante la consulta, reduciendo la ansiedad del paciente, aumenta la confianza y credibilidad.
- Ser auténtico con el paciente.
- Motivar al paciente para conocer más sobre su estado de salud y los problemas relacionados, compartir la responsabilidad del tratamiento y prácticas saludables.

1.6 El médico familiar

“Al médico de familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o a asistir enfermedades, sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.” En Ontario – Canadá el 2009 se publicó las Competencias del Médico Familiar en sus siglas en inglés llamadas CANMEDS, que son ocho y todo Médico Familiar debe cumplir para mantener un buen desempeño y cuidado de su paciente, (Tannenbaum et al., 2009,p. 2,5), estas son:

1. Experticia en Medicina Familiar
2. Comunicador
3. Colaborador
4. Gerente en salud
5. Administrador de su práctica y una carrera efectiva
6. Abogado de la Salud
7. Docto, científico e investigador

8. Profesional

Cada una se describe a continuación

1.- “Experticia en medicina familiar”.- A través de conocimientos clínicos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica médica cumpliendo las necesidades que requieren los pacientes”, El 85% de patologías deben ser resueltos por los médicos de familia e integrar al individuo en su entorno biopsicosocial.

2.- “Comunicador”.- Una buena relación médico paciente, se logra a través de la comunicación interactiva entre el médico y el paciente, logrando confianza y poder establecer metas en común y lograr resultados satisfactorios.

3.- “Colaborador”.- El trabajo en equipo es la clave en la competencia que el Médico familiar ejerce siendo proactivo en sus múltiples actividades.

4.- “Gerente en Salud”.- Manteniendo el liderazgo ya que el médico familiar es el primer contacto con atención primaria, y requiere adecuada administración y gestión de recursos, experto en resolución de problemas, de acuerdo a su juicio crítico.

5.- “Administrador de su práctica y una carrera efectiva”.- Con capacidad de optimizar recursos sea humanos, tiempo, económicos o materiales y difundiendo políticas de salud en favor de la comunidad.

6.- “Abogado de salud”.- Los requerimientos de cada paciente y los problemas de salud como parte de la atención primaria son resueltos por el médico de familia, con programas de promoción de salud..

7.-Docto, científico, investigador.- Mediante la continúa formación y aprendizaje para transmitir sus conocimientos y formación de nuevos médicos, siguiendo las competencias designadas.

8.-“Profesional”.- Demostrar un compromiso humanístico con principios y normas éticas, con los pacientes, profesión y sociedad, con el fin de mejorar el sistema de salud.

1.6.1 Médicos familiares en área rural

El concepto “zona rural”, se lo puede definir en relación al tamaño de la población y la distancia.

Es menos útil para países en desarrollo, donde el tamaño de la población tiene poca relación

“Desde la perspectiva antropológica lo “rural” se aborda desde una forma integral y multidisciplinario.”(Herrera Ramirez Diego, 2016,p.1).

Entre otras visiones sobre lo rural es aceptada como una forma de vida, una cosmovisión, cultura, normalmente marginal o excluida de las corrientes más dinámicas del desarrollo. Catalogada como estrategia de desarrollo, para poblaciones, empobrecidas, vulnerables, de alto riesgo. (Rafael Echeverri Perico, 2011).

La salud rural para los médicos de Canadá se define como “estación de servicios de salud en zonas alejadas de los centros urbanos, donde no hay acceso a especialista, cuidados intensivos y/o de alta tecnología, y donde los recursos, tanto humanos como materiales, son insuficientes.”(Herrera Ramirez Diego, 2016,p.1).

1.6.2 Características de la práctica médica rural

Mundialmente y desde varios años el área rural ha sido siempre vulnerable debido a la “distribución desigual de la riqueza, de la calidad de los prestadores del salud y del acceso a tecnología, lo que redunda en diferencia cada vez mayor en el estado de salud de una población, creando una “brecha de salud” que se ensancha progresivamente entre pobres y ricos, entre urbanos y rurales” (Herrera Ramirez Diego, 2016).

“La zona rural se caracteriza por mantener dificultades sociodemográficas, estructurales, culturales, epidemiológicas”(Herrera Ramirez Diego, 2016,p.2). Lo cual influye en el ejercicio del médico familiar en esta área:

- 1.- “Dificultad logística” Para realizar transferencia a centros de mayor complejidad que requiera el paciente de forma urgente.
- 2.- “Transición epidemiológica” El perfil epidemiológico evoluciona y en esta población nuevas enfermedades necesitan ser estudiadas por médicos especializados y con ayuda de tecnología, que en ocasiones no existe.
- 3.- “Choque cultural”. Causa impacto del profesional al desconocimiento de una nueva cultura población costumbres, provocando abandono a la comunidad.(Muecke A, Lentthall S, 2011).
- 4.- “Déficit de profesionales y las universidades dan poca importancia a la medicina rural”. Al realizar prácticas médicas en zona rural se complica para el médico y el sistema de salud.

5.- “Mercado” el médico rural requiere mayores ingresos, es indispensable para la permanencia en el área rural.

Los médicos familiares que trabajan en zonas rurales necesitan apoyo, con incentivos para continuar su formación profesional y poder enfrentarse a los requerimientos de la población que confían en su médico.

WONCA tiene una larga tradición de apoyo a la práctica rural, realiza compromisos de responsabilidad con cada país para asegurarse de que está produciendo suficientes profesionales de la salud que atiendan a sus propias necesidades actuales y futuras, y que los países que pueden permitirse el lujo de hacerlo, formen a más profesionales de la salud de los que necesitan y así contribuyan a la corrección de las carencias en muchas partes del mundo.

La gran mayoría de colegas de otras especialidades permanece en las ciudades o en los grandes centros de las regiones principales, Se propone que los médicos de familia que estén localizados en comunidades rurales y que trabajan junto a los miembros de sus equipos de atención sanitaria puedan brindar atención médica y asesoramiento a la mitad de la población mundial.

Declaración de Durban de 1997 WONCA sobre la "Salud para toda la población rural"; la Política de WONCA de 1998 sobre Práctica Rural y Salud Rural, para ayudar a los gobiernos de todo el mundo en satisfacer mejor las necesidades de salud de sus poblaciones rurales.

1.7 Instrumento de medición para valoración desde la perspectiva del paciente relación médico - paciente

“La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los de gran importancia: la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones”(Beck et al., 2015,p.25).

El médico que responde a las expectativas de los pacientes proporciona mayor efectividad, para conseguir una buena relación, mientras que si las expectativas no son cubiertas se crea mal estar entre las dos partes. Otras características de una buena relación médico-paciente son la confianza en el propio médico, la continuidad de la relación en el tiempo y la búsqueda de acuerdo a las prioridades requeridas por el paciente y el médico.(Beck et al., 2015,p.25).

“ C.M Van der Feltz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en Atención Primaria que evalúa la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente”(Jung et al., 2002). Que lo denomina como Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ) realizado en el 2004 que inicialmente contenía 15 ítems modificándolo a 9 ítems que reflejaban la empatía y la accesibilidad de la población al médico. En el 2008 se realiza una adaptación al español por J.C Mingote y lo contextualiza a su población estudiada definiéndose como el CREM-P con 13 ítems hasta finalmente J. Martín-Fernández en el 2009 valida el PDRQ 9 tomando la adaptación al español; los resultados de los tres estudios con valores de alfa de crombach entre 0.94 y 0.95 indicaron niveles altos de fiabilidad, validez factorial y de contenido; representando así una herramienta valiosa para fines científicos y prácticos.

La herramienta usada en este estudio es el PDRQ con su versión de nueve preguntas, que permiten cuantificar la opinión del paciente, en relación a la comunicación, satisfacción con el tratamiento o accesibilidad al médico.

(Anexo No. 1)

CAPÍTULO III

2 RESULTADOS

2.1 Resultados de los grupos etarios

A continuación se indica porcentualmente que de 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, los tres grupos etarios de mayor asistencia son de edades entre 31 y 40 años con el 25,45%, 21-30 años con el 22,91% y 51–65 años con 21,09%.

(Tabla 4- Figura 2).

Tabla 1. Porcentaje de grupo etario de la población que interviene en el estudio

Grupo etario	Porcentaje
18 A 20 AÑOS	5,5
21 A 30 AÑOS	22,9
31 A 40 AÑOS	25,5
41 A 50 AÑOS	19,3
51 A 65 AÑOS	21,1
MAYOR DE 65 AÑOS	5,8
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

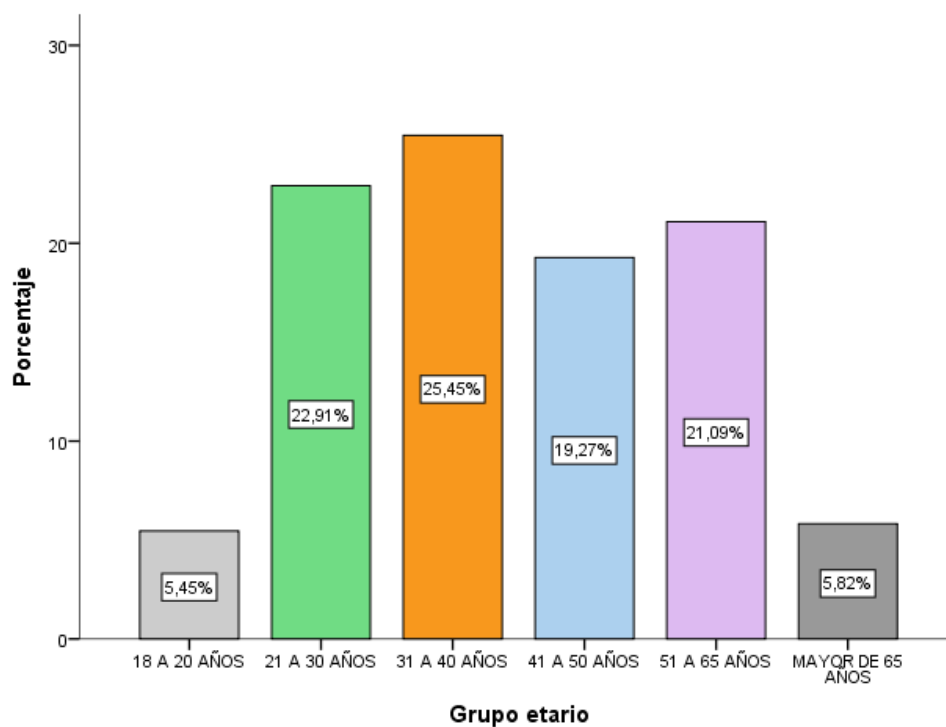


Figura 2. Distribución de grupo etario de los pacientes que intervienen en el estudio

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.2 Resultados de grupos por género

De la población total estudiada 60.36% de género femenino y el 39.64% de género masculino.

(Tabla 5- Figura 3).

Tabla 2. Porcentaje del grupo etario de la población que interviene en el estudio

Género	
	Porcentaje
MASCULINO	39,6
FEMENINO	60,4
Total	100

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

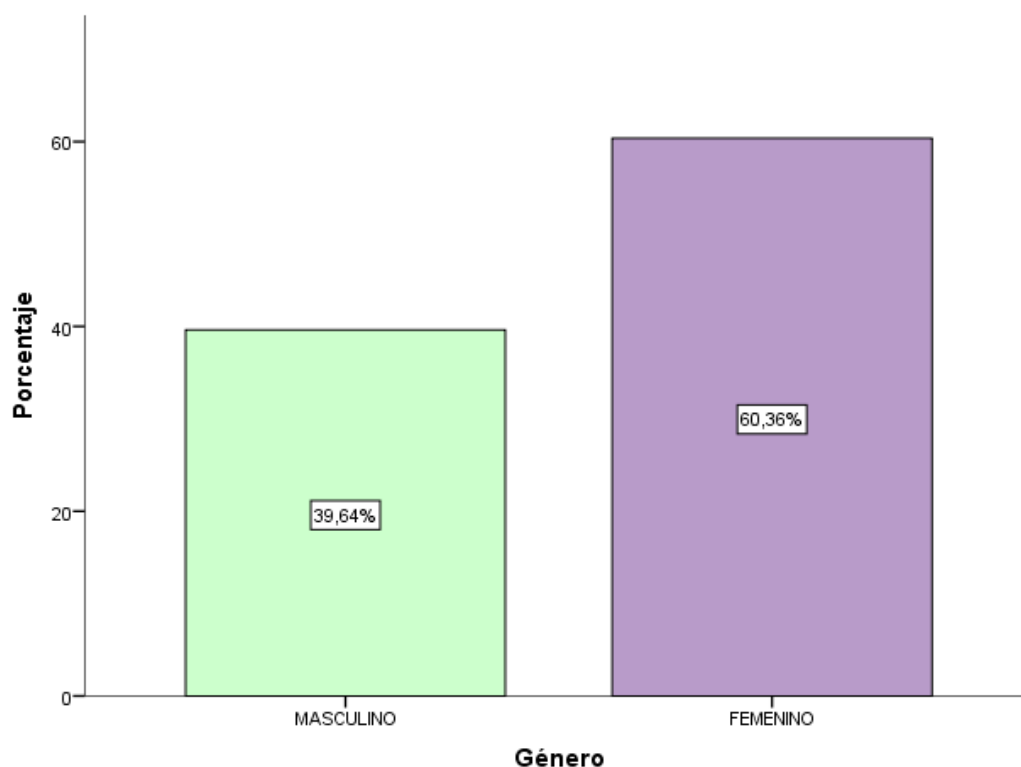


Figura 3. Distribución de grupo por género de los pacientes que intervienen en el estudio

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.3 Resultados por grupo étnico

En relación a la población de estudio el tipo de etnia al que se sentía identificada indicaba que de 275 pacientes que corresponde al 100% del total, el grupo étnico de mayor afluencia corresponde a mestizo con el 86,18%. (Tabla 6- Figura 4).

Tabla 3. Porcentaje de grupo étnico de los pacientes que intervienen en el estudio

GRUPO ETNICO	
	Porcentaje
AFROECUATORIANO/A	3,6
MULATO/A	4,0
MONTUBIO/A	4,0
MESTIZO/A	86,2
BLANCO/A	1,8
NS/NR	,4
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

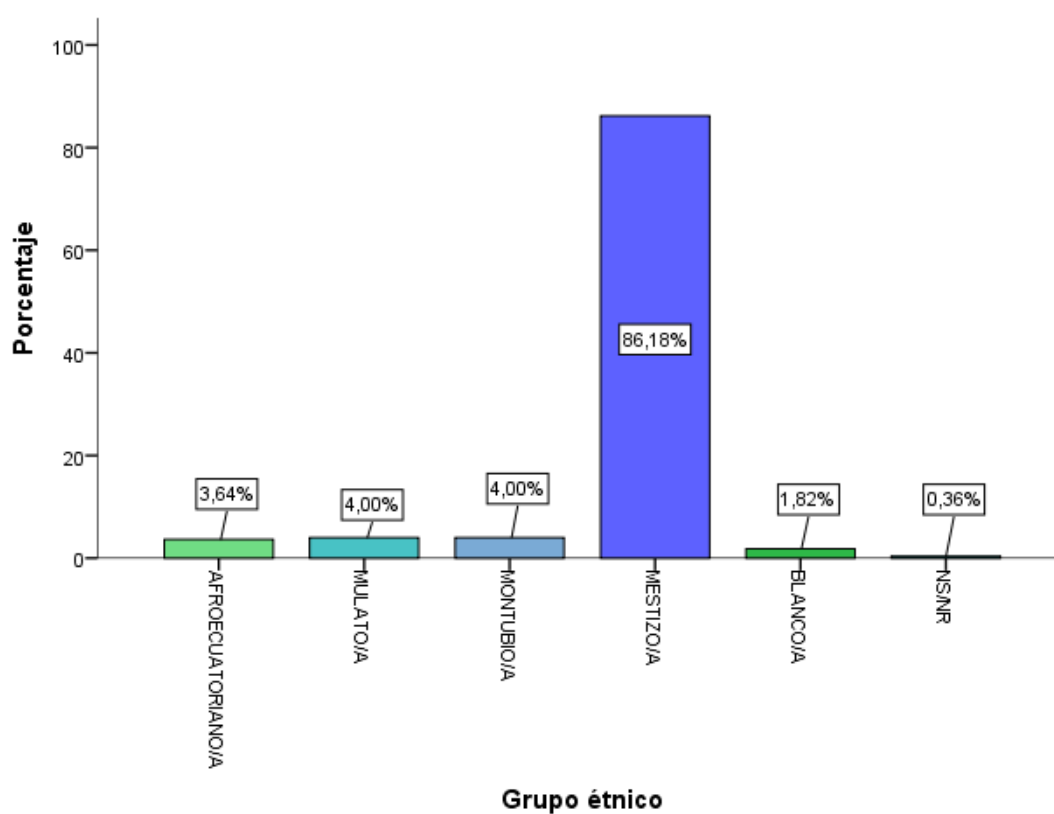


Figura 4. Distribución de grupos étnicos de la población estudiada

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.4 Resultados por nivel de instrucción

Además dentro de otras características de los pacientes que forman parte de la muestra se identificó que de 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, los tres grupos de acuerdo al nivel de instrucción con mayor asistencia representa Primaria 41,82%, Secundaria 37,82% y Universidad con 17,82%. (Tabla 7- Figura 5).

Tabla 4. Porcentaje del nivel de instrucción de la población en estudio

NIVEL DE INSTRUCCION	
	Porcentaje
NINGUNO	2,5
PRIMARIA	41,8
SECUNDARIA	37,8
UNIVERSIDAD	17,8
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

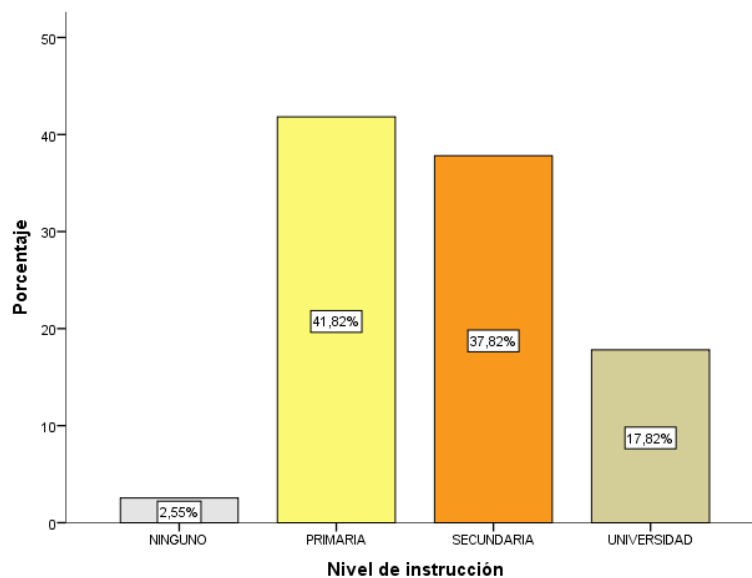


Figura 5. Distribución de acuerdo al nivel de instrucción de la población estudiada

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.5 Resultados por estado civil

De 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, los tres grupos de acuerdo a su estado civil se observa mayor asistencia representada por Casado/a 37,82%, Unión libre 30,18% y Soltero/a 18,91%. (Tabla 8- Figura 6).

Tabla 5. Porcentaje de Estado civil de la población de estudio

ESTADO CIVIL	
	Porcentaje
CASADO/A	37,8
UNION LIBRE	30,2
SEPARADO/A	4,0
DIVORCIADO/A	4,0
VIUDO/A	5,1
SOLTERO/A	18,9
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

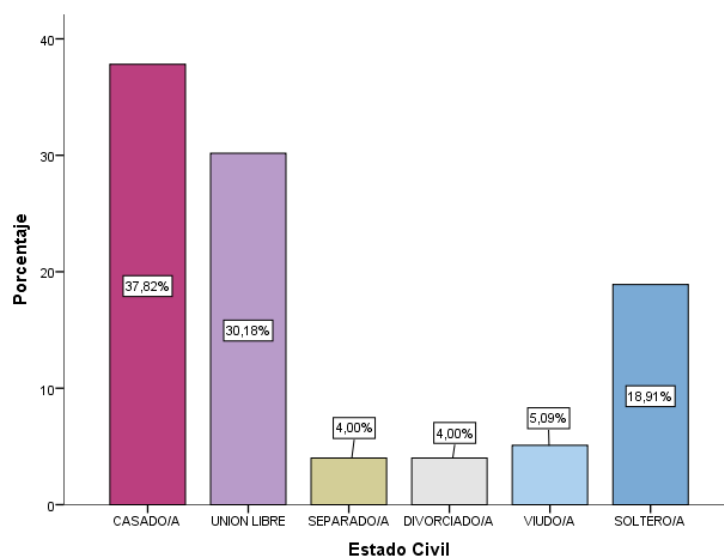


Figura 6. Distribución por estado civil de los pacientes que intervienen en el estudio

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.6 Resultados de enfermedades previas

De 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, 62,91% no han sido diagnosticados de alguna enfermedad, 33,09 % han sido diagnosticados de alguna enfermedad. (Tabla 9- Figura 7).

Tabla 6. Porcentaje de diagnóstico de enfermedad previa de la población de estudio

HA SIDO DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	
	Porcentaje
SI	33,1
NO	62,9
NS/NR	4,0
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

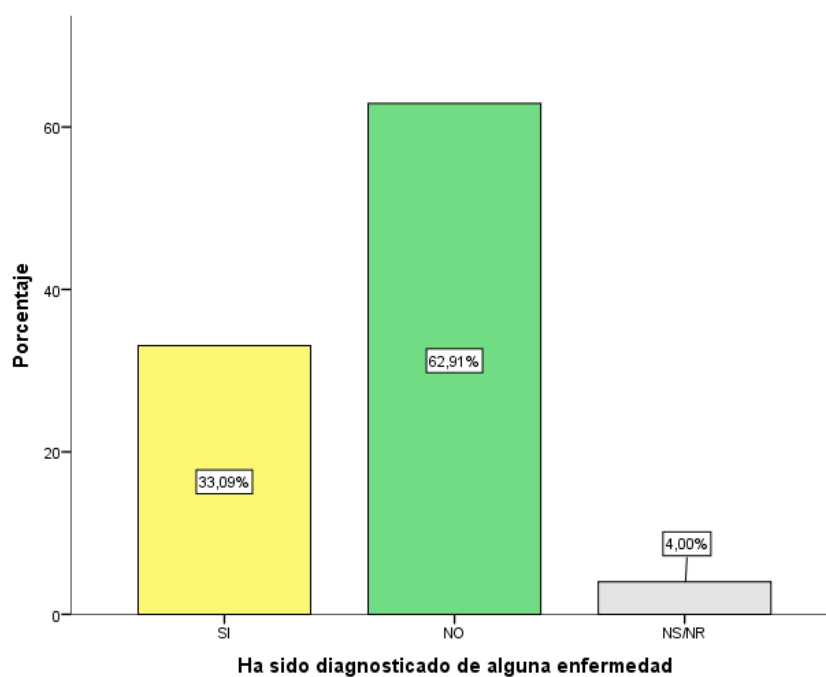


Figura 7. Distribución de grupos diagnosticado de enfermedad previa

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.7 Resultados de tipo de enfermedades diagnosticadas

De 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, 65,45% no presenta enfermedad previa, 10,91 % Hipertensión arterial, 18,18% Otro tipo de enfermedades. (Tabla 10- Figura 8).

Tabla 7. Porcentaje de tipo de enfermedades diagnosticadas en la población de estudio

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS	
	Porcentaje
NINGUNO	65,5
HIPERTESION ARTERIAL	10,9
DIABETES	5,5
OTRAS	18,2
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

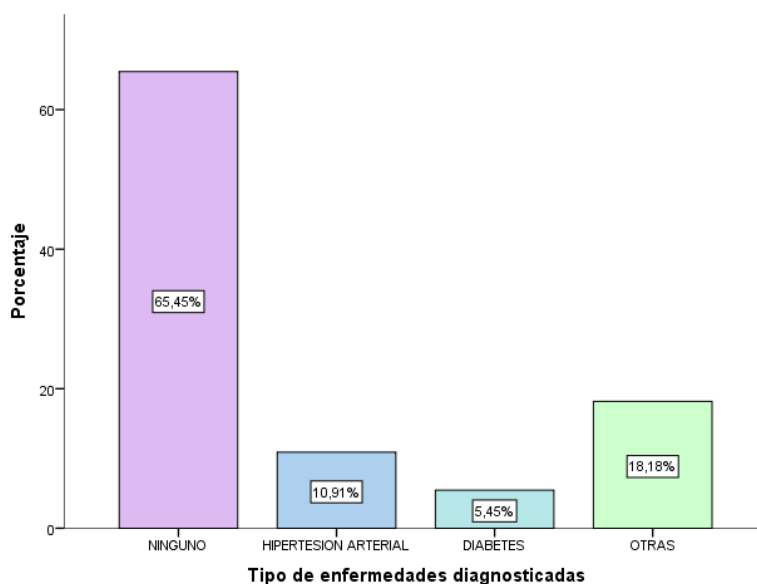


Figura 8. Distribución de grupos por tipo de enfermedad diagnosticada previamente

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.8 Resultado del número de veces asistida a consulta externa de medicina familiar

De 275 pacientes que corresponde al 100% de la población estudiada, 53.82% asistió igual o mayor de 2 veces a consulta externa, 27.64% asistió mayor de 5 veces, 14.18% mayor de 10 veces. (Tabla 11- Figura 9).

Tabla 8. Porcentaje número de veces asistida a consulta externa medicina familiar

ASISTENCIA NUMERO DE VECES	
	Porcentaje
IGUAL O MAYOR DE 2 VECES	53,8
MAYOR DE 5 VECES	27,6
MAYOR DE 10 VECES	14,2
MAYOR DE 15 VECES	1,8
MAYOR DE 20 VECES	1,8
NS/NR	,7
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

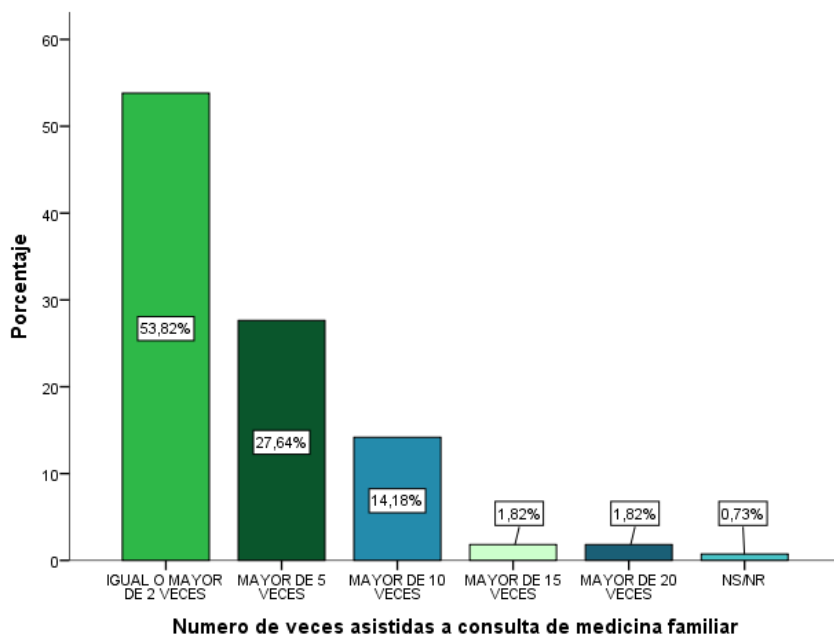


Figura 9. Distribución número de veces asistida a consulta externa en medicina familiar

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Entrevista paciente del HPVM

2.9 Resultado de la prueba piloto para la utilización escala PDRQ-9

Definiéndose que de 10 pacientes 8 tuvieron una adecuada comprensión de las preguntas que a su vez representa porcentualmente el 80% de la población de la prueba piloto, contestando adecuadamente a la escala PDRQ y a la entrevista. (Figura10 y 11 – Tabla 12)

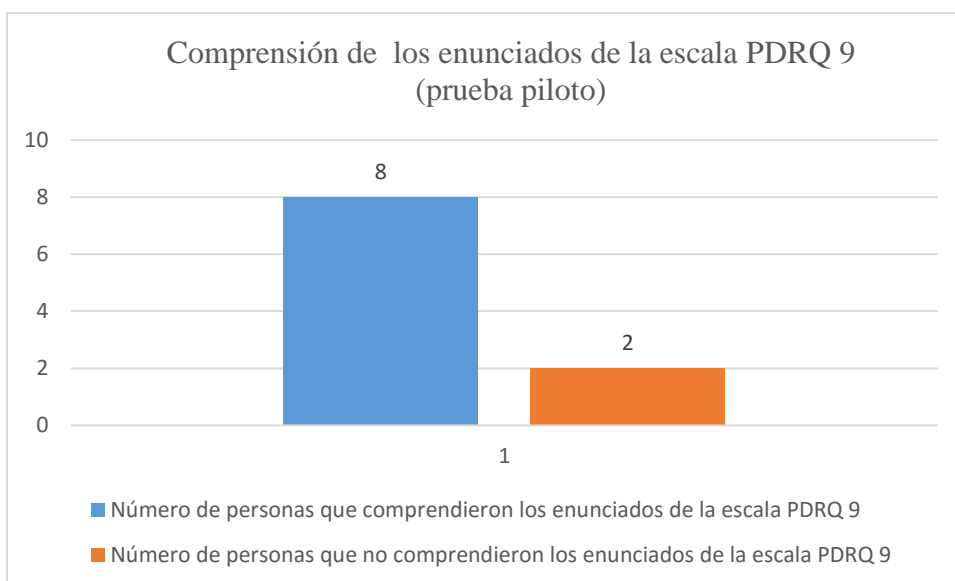


Figura 10. Distribución de la población que comprendió los enunciados - Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

Tabla 9. Distribución de la población que comprendió los enunciados de escala PDRQ-9

Enunciados de la escala PDRQ 9	Comprensión	Total
Mi médico me ayuda	Sí	10
Mi médico tiene suficiente tiempo para mi	Sí	10
Creo en mi médico	Sí	10
Mi médico me entiende	Sí	10
Mi médico se dedica ayudarme	Sí	10
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	Sí	10
Puedo hablar con mi medico	Sí	10
Me siento contenta con el tratamiento de mi medico	Sí	10
Siento a mi médico fácilmente accesible	Sí	8

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

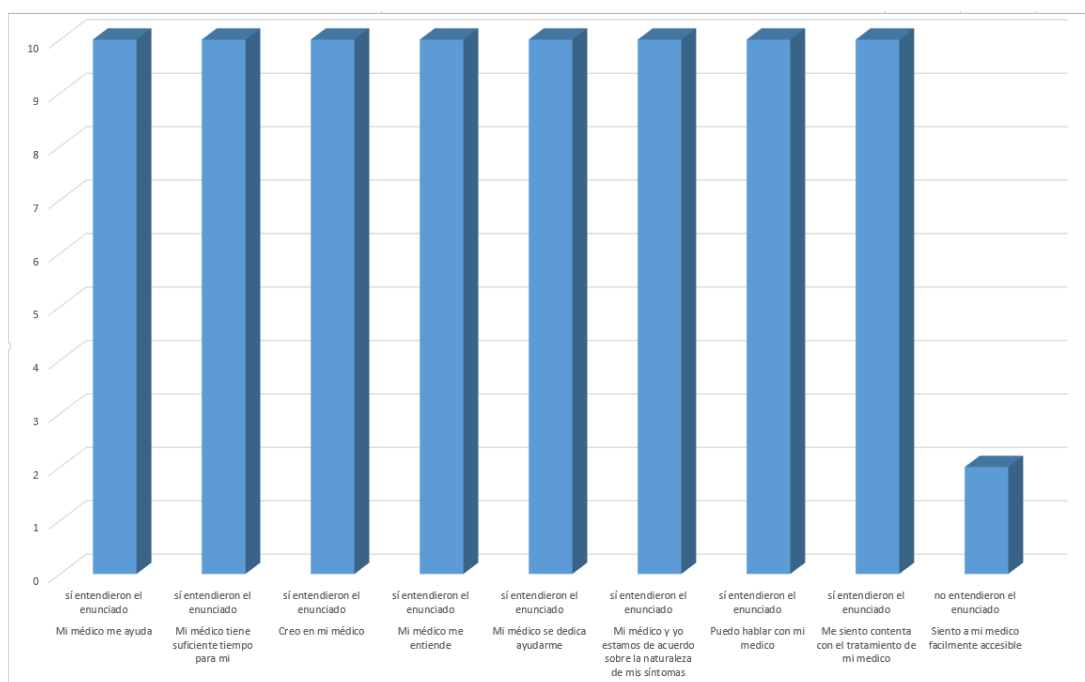


Figura 11. Identificación del enunciado-escala PDRQ-9 con dificultad de comprensión.

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

Refiriéndonos a la figura número 12, nos indica como los pacientes que tuvieron dificultades al entender el enunciado de la encuesta que dice: “si sienten a su médico fácilmente accesible”, por lo que se consideró ante esta pregunta explicar verbalmente a los participantes que no entendieran.

2.10 Escala PDRQ-9

La escala consta de 9 preguntas y cada una tiene cinco respuestas de tipo Likert que son 1 “nada apropiado”, 2 “algo apropiado”, 3 “apropiado”, 4 “bastante apropiado”, 5 “muy apropiado”, a continuación se revisara cada enunciado de la escala.

2.11 Percepción de la población a la primera pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde al 100% de la población de estudio, en la respuesta mi médico me ayuda la percepción fue en su mayoría con el 40,73% bastante apropiado otras percepciones que le siguen en menor porcentaje son con 37.45% muy apropiado (Tabla 13 - Figura 12)

Tabla 10. Porcentaje de la respuesta a la primera pregunta- Escala PDRQ-9

MI MEDICO ME AYUDA	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	1,1
ALGO APROPIADO	2,2
APROPIADO	18,5
BASTANTE APROPIADO	40,7
MUY APROPIADO	37,5
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

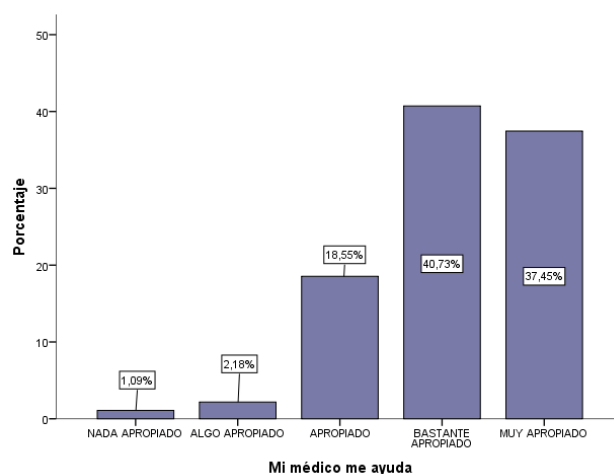


Figura 12. Distribución porcentaje respuesta a la primera pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.1 Percepción de la población a la segunda pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde al 100% de la población de estudio, en la respuesta mi médico tiene suficiente tiempo para mí la percepción fue de dos tipos muy apropiado y bastante apropiado con un mismo valor de 39.64%. (Tabla 14 - Figura 13)

Tabla 11. Porcentaje de la respuesta a la segunda pregunta- Escala PDRQ-9

MI MEDICO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA MI	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	,4
ALGO APROPIADO	4,7
APROPIADO	15,6
BASTANTE APROPIADO	39,6
MUY APROPIADO	39,6
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

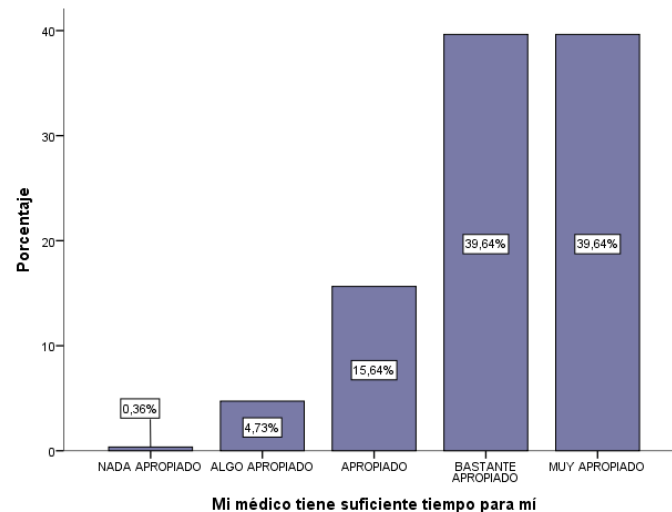


Figura 13. Distribución porcentaje respuesta a la segunda pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.2 Percepción de la población a la tercera pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde al 100% de la población de estudio, en la respuesta creo en mi médico la percepción en su mayoría con un 41.82% fue muy apropiado, en un segundo lugar con 40.00% la percepción fue de bastante apropiado (Tabla 15 – Figura 14)

Tabla 12. Porcentaje de la respuesta a la tercera pregunta- Escala PDRQ-9

CREO EN MI MEDICO	
	Porcentaje
ALGO APROPIADO	6,2
APROPIADO	12,0
BASTANTE APROPIADO	40,0
MUY APROPIADO	41,8
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

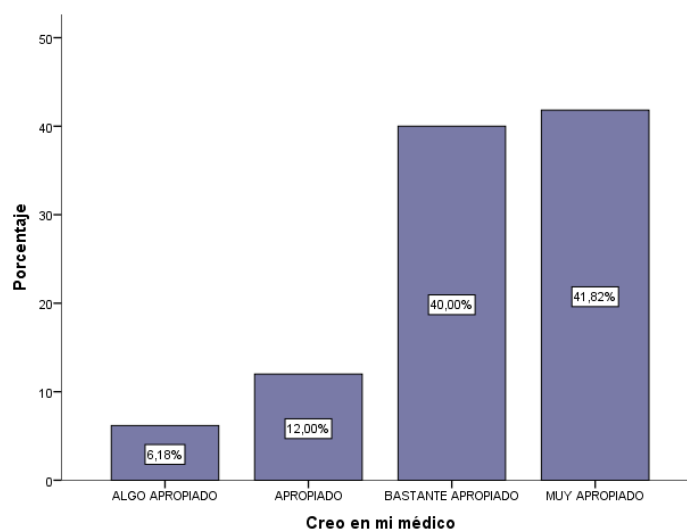


Figura 14. Distribución porcentaje respuesta a la tercera pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.3 Percepción de la población a la cuarta pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde al 100% de la población de estudio, en la respuesta: Mi médico me entiende la percepción con un 41.45% fue de tipo bastante apropiado y en un 40.73% muy apropiado. (Tabla 16-Figura15)

Tabla 13. Porcentaje de la respuesta a la cuarta pregunta- Escala PDRQ-9

MI MEDICO ME ENTIENDE	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	,4
ALGO APROPIADO	2,5
APROPIADO	14,9
BASTANTE APROPIADO	41,5
MUY APROPIADO	40,7
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

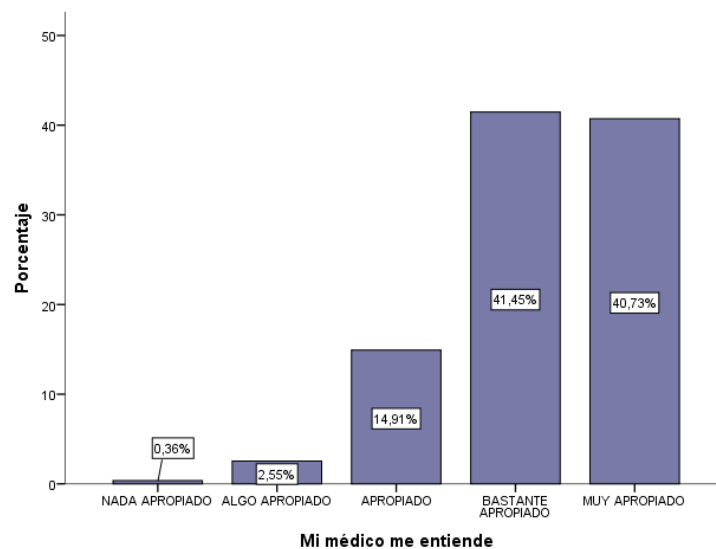


Figura 15. Distribución porcentaje respuesta a la cuarta pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.4 Percepción de la población a la quinta pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde a 100% de la población de estudio, en la respuesta: Mi médico se dedica ayudarme con 42.91% la percepción fue de principalmente de tipo bastante apropiado otras respuestas con menos valor fue con el 38.55% de tipo muy apropiado. (Tabla 17 - Figura16)

Tabla 14. Porcentaje de la respuesta a la quinta pregunta- Escala PDRQ-9

MI MEDICO SE DEDICA AYUDARME	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	,7
ALGO APROPIADO	2,9
APROPIADO	14,9
BASTANTE APROPIADO	42,9
MUY APROPIADO	38,5
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

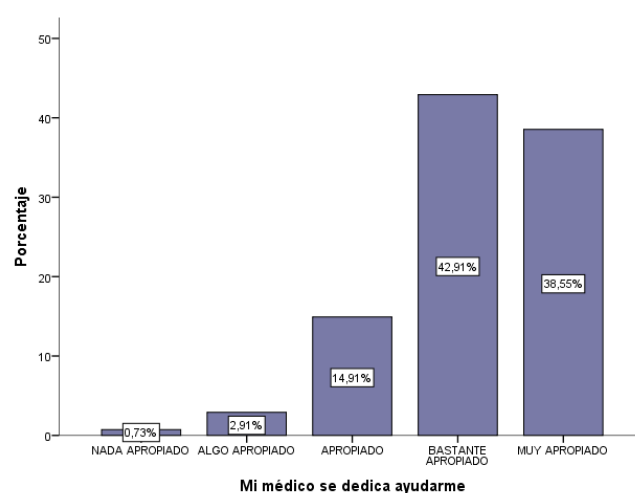


Figura 16. Distribución porcentaje respuesta a la quinta pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.5 Percepción de la población a la sexta pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde a 100% de la población de estudio, en la respuesta: Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas la percepción con un 41.82% represento a muy apropiado y con un 39.64% bastante apropiado. (Tabla18 - Figura17)

Tabla 15. Porcentaje de la respuesta a la sexta pregunta Escala PDRQ-9

MI MEDICO Y YO ESTAMOS DE ACUERDO SOBRE LA NATURALEZA DE MIS SINTOMAS	
	Porcentaje
ALGO APROPIADO	2,9
APROPIADO	15,6
BASTANTE APROPIADO	39,6
MUY APROPIADO	41,8
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

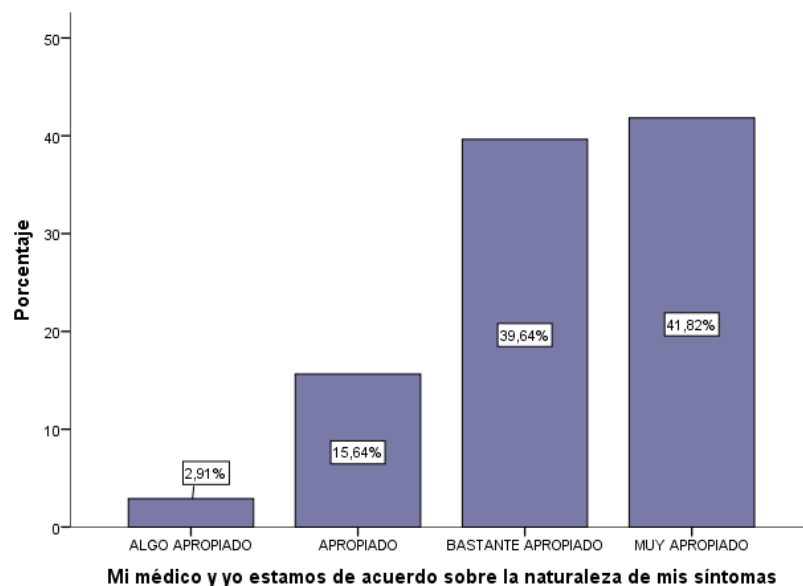


Figura 17. Distribución porcentaje respuesta a la sexta pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.6 Percepción de la población a la séptima pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde a 100% de la población de estudio, en la respuesta: Puedo hablar con mi médico la percepción fue con el 41.45% representando la opción bastante apropiado y 41.09% muy apropiado. (Tabla 19 - Figura18)

Tabla 16. Porcentaje de la respuesta a la séptima pregunta Escala PDRQ-9

PUEDO HABLAR CON MI MEDICO	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	,4
ALGO APROPIADO	4,4
APROPIADO	12,7
BASTANTE APROPIADO	41,5
MUY APROPIADO	41,1
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

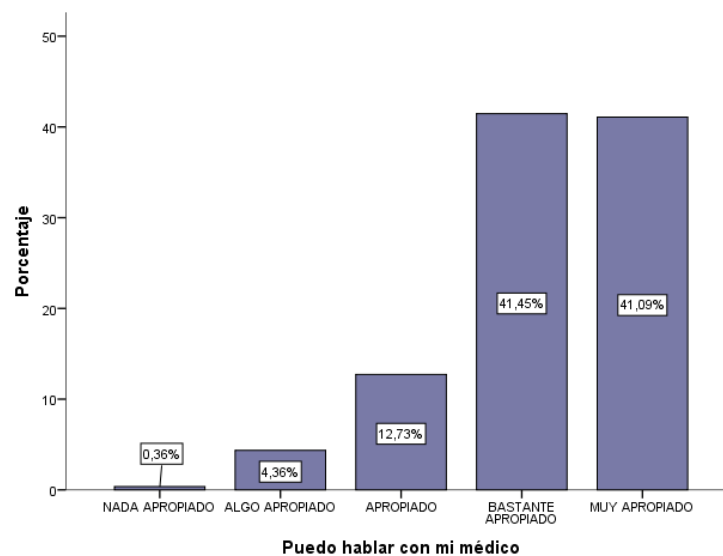


Figura 18. Distribución porcentaje respuesta a la séptima pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.11.7 Percepción de la población a la octava pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde a 100% de la población de estudio, en la respuesta: Me siento contento/a con el tratamiento de mi médico la percepción fue de 41% en la opción muy apropiado y de 39.91% bastante apropiado. (Tabla 20 – Figura 19).

Tabla 17. Porcentaje de la respuesta a la octava pregunta Escala PDRQ-9

ME SIENTO CONTENTA/O CON EL TRATAMIENTO DE MI MEDICO	
	Porcentaje
ALGO APROPIADO	5,1
APROPIADO	12,0
BASTANTE APROPIADO	38,9
MUY APROPIADO	44,0
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

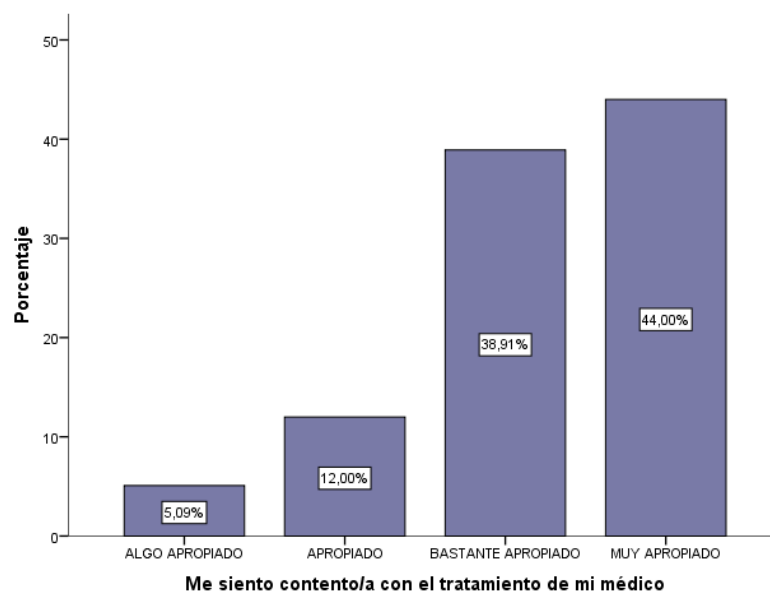


Figura 19. Distribución porcentaje respuesta a la octava pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

3.10.9 Percepción de la población a la novena pregunta de la escala PDRQ-9

De 275 que corresponde a 100% de la población de estudio, en la respuesta: Siento a mi médico fácilmente accesible”: 42.18% representa muy apropiado, 41,45% bastante apropiado, 10.91% apropiado. (Tabla 21 - Figura 20).

Tabla 18. Porcentaje de la respuesta a la novena pregunta Escala PDRQ-9

SIENTO A MI MEDICO FACILMENTE ACCESIBLE	
	Porcentaje
NADA APROPIADO	,7
ALGO APROPIADO	4,7
APROPIADO	10,9
BASTANTE APROPIADO	41,5
MUY APROPIADO	42,2
Total	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

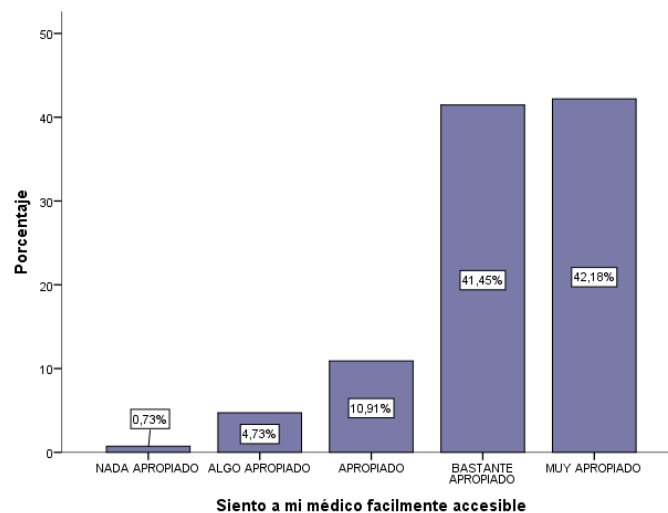


Figura 20. Distribución porcentaje respuesta a la novena pregunta Escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.12 Resultado del valor total de la escala PDRQ-9

De 275 pacientes que corresponde a 100% de la población de estudio, se observa que a las preguntas de la escala PDRQ-9 el 2,9 % responden a la opción algo apropiado, 12,7% responde a la opción apropiado, 43,3% responde a la opción bastante apropiado y 41,1 responden a la opción muy apropiado. (Tabla 22 - Figura 21)

Tabla 19. Resultado total de las preguntas -Escala PDRQ-9

TOTAL ESCALA		
	Frecuencia	Porcentaje
ALGO APROPIADO	8	2,9
APROPIADO	35	12,7
BASTANTE APROPIADO	119	43,3
MUY APROPIADO	113	41,1
Total	275	100,0

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

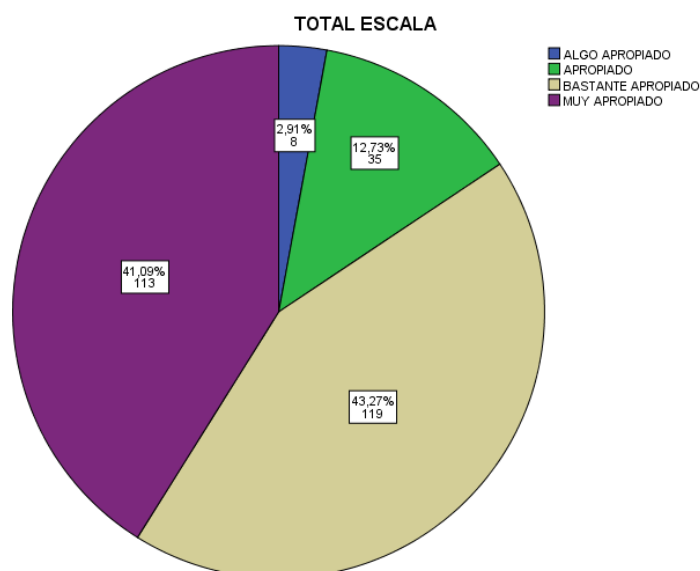


Figura 21. Distribución porcentaje/frecuencia del resultado total por enunciado de la escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.13 Resultados de variables cruzadas

2.13.1 Grupo etario y resultado de las preguntas del PDRQ-9

Dentro de las opciones de respuesta a las preguntas de la escala, la opción muy apropiada tuvo el 45.7% en el mayor grupo etario comprendido entre 31 a 40 y ente los diferentes grupos etarios se observa que las respuestas más frecuentes varían entre bastante apropiada y muy apropiada, un resultado no esperado es que en el grupo entre 21 a 30 años hubieron mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 6,3% en comparación con los otros grupos. (Tabla 23 - Figura 22)

Tabla 20. Resultado entre la relación edad y escala PDRQ-9

		TOTAL ESCALA					
		ALGO APROPIADO	APROPIADO	BASTANTE APROPIADO	MUY APROPIADO	Total	
Grupo etario	18 A 20 AÑOS	Recuento	0	3	5	7	15
		Porcentaje	0,0%	20,0%	33,3%	46,7%	100,0%
	21 A 30 AÑOS	Recuento	4	9	29	21	63
		Porcentaje	6,3%	14,3%	46,0%	33,3%	100,0%
	31 A 40 AÑOS	Recuento	2	8	28	32	70
		Porcentaje	2,9%	11,4%	40,0%	45,7%	100,0%
	41 A 50 AÑOS	Recuento	1	6	21	25	53
		Porcentaje	1,9%	11,3%	39,6%	47,2%	100,0%
	51 A 65 AÑOS	Recuento	1	7	27	23	58
		Porcentaje	1,7%	12,1%	46,6%	39,7%	100,0%
	MAYOR DE 65 AÑOS	Recuento	0	2	9	5	16
		Porcentaje	0,0%	12,5%	56,3%	31,3%	100,0%
Total	Recuento	8	35	119	113	275	
	Porcentaje	2,9%	12,7%	43,3%	41,1%	100,0%	

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

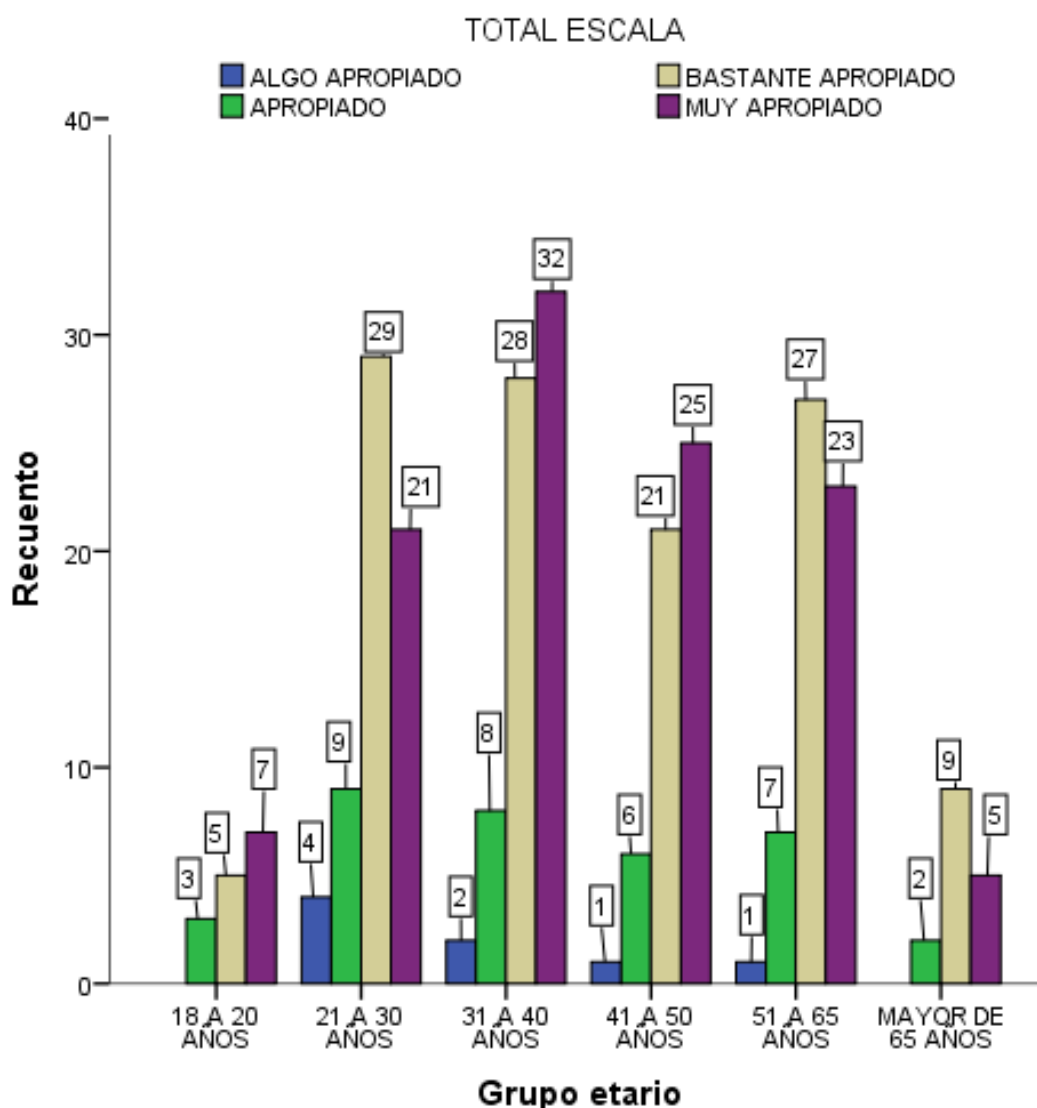


Figura 22. Resultado de distribución entre la relación edad y escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.13.2 Género y resultado de las preguntas del PDRQ-9

Dentro de las opciones de respuestas a las preguntas de la escala, la opción bastante apropiada y muy apropiada tuvo el 71% en el grupo con mayor cantidad de pacientes que corresponde al de género femenino y entre los dos grupos se observa que la respuesta bastante apropiada fue 43.3%; un resultado no esperado es el grupo de género masculino que tuvo un mayor número

de respuestas al enunciado algo apropiado en un 4.6% en comparación con el género femenino 1.8% (Tabla 24 - Figura 23)

Tabla 21.Resultado entre género y escala PDRQ-9

		TOTAL ESCALA					
			ALGO APROPIADO	APROPIADO	BASTANTE APROPIADO	MUY APROPIADO	Total
Género	MASCULINO	Recuento	5	14	48	42	109
		Porcentaje	4,6%	12,8%	44,0%	38,5%	100,0%
	FEMENINO	Recuento	3	21	71	71	166
		Porcentaje	1,8%	12,7%	42,8%	42,8%	100,0%
Total		Recuento	8	35	119	113	275
		Porcentaje	2,9%	12,7%	43,3%	41,1%	100,0%

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

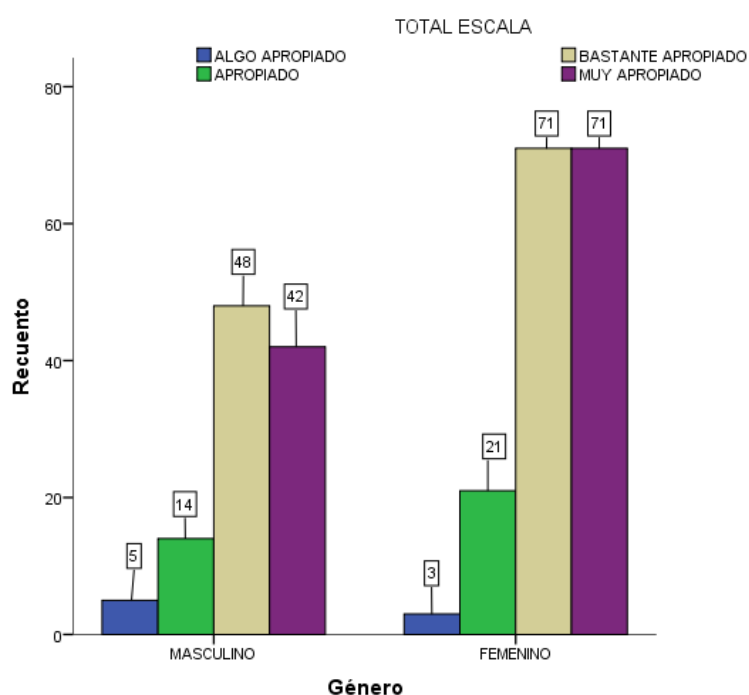


Figura 23. Resultado de distribución entre la relación género y escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.13.3 Etnia y resultado de las preguntas del PDRQ-9

Dentro de las opciones de respuestas a las preguntas de la escala, la opción bastante apropiada tuvo el 45.1% en el grupo con mayor cantidad de pacientes que corresponde al mestizo y entre todos los diferentes grupos se observa que lo más frecuente varía entre las respuesta bastante apropiada y muy apropiada con 43.3% y 41.1% respectivamente (Tabla 25 - Figura 24)

Tabla 22. Resultado entre grupo étnico y escala PDRQ-9

		TOTAL ESCALA					
		ALGO APRO- PIADO	APRO- PIADO	BASTANTE APRO- PIADO	MUY APRO- PIADO	Total	
Grupo étnico	AFROECUATORIANO /A	Recuento	0	1	3	6	10
		Porcentaje	0,0%	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%
	MULATO/A	Recuento	0	2	2	7	11
		Porcentaje	0,0%	18,2%	18,2%	63,6%	100,0%
	MONTUBIO/A	Recuento	0	2	5	4	11
		Porcentaje	0,0%	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
	MESTIZO/A	Recuento	8	30	107	92	237
		Porcentaje	3,4%	12,7%	45,1%	38,8%	100,0%
	BLANCO/A	Recuento	0	0	1	4	5
		Porcentaje	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	NS/NR	Recuento	0	0	1	0	1
		Porcentaje	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	8	35	119	113	275	
	Porcentaje	2,9%	12,7%	43,3%	41,1%	100,0%	

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

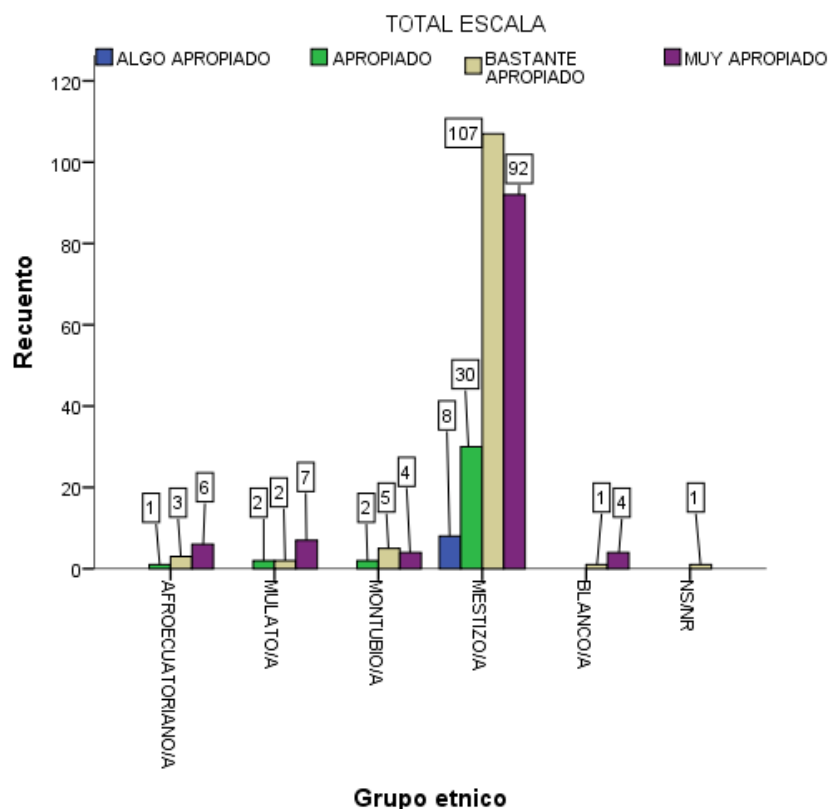


Figura 24. Resultado de distribución entre la relación grupo étnico y escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.13.4 Nivel de instrucción y resultado de las preguntas del PDRQ-9

Dentro de las opciones de respuestas a las preguntas de la escala, la opción bastante apropiada y muy apropiada tuvo el 42.6% en el grupo con mayor cantidad de pacientes que corresponde a primaria y entre todos los diferentes grupos se observa que lo más frecuente varía entre las respuesta bastante apropiada y muy apropiada con 43.3% y 41.1% respectivamente, un resultado no esperado es el grupo universitario que tuvo un mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 6.1% en comparación con los otros grupos. (Tabla 26 - Figura 25)

Tabla 23. Resultado entre nivel de instrucción y escala PDRQ-9

		TOTAL ESCALA					
		ALGO APROPIADO	APROPIADO	BASTANTE APROPIADO	MUY APROPIADO	Total	
Nivel de instrucción	NINGUNO	Recuento	0	1	3	3	7
		Porcentaje	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
	PRIMARIA	Recuento	4	13	49	49	115
		Porcentaje	3,5%	11,3%	42,6%	42,6%	100,0%
	SECUNDARIA	Recuento	1	16	44	43	104
		Porcentaje	1,0%	15,4%	42,3%	41,3%	100,0%
	UNIVERSIDAD	Recuento	3	5	23	18	49
		Porcentaje	6,1%	10,2%	46,9%	36,7%	100,0%
Total	Recuento	8	35	119	113	275	
	Porcentaje	2,9%	12,7%	43,3%	41,1%	100,0%	

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

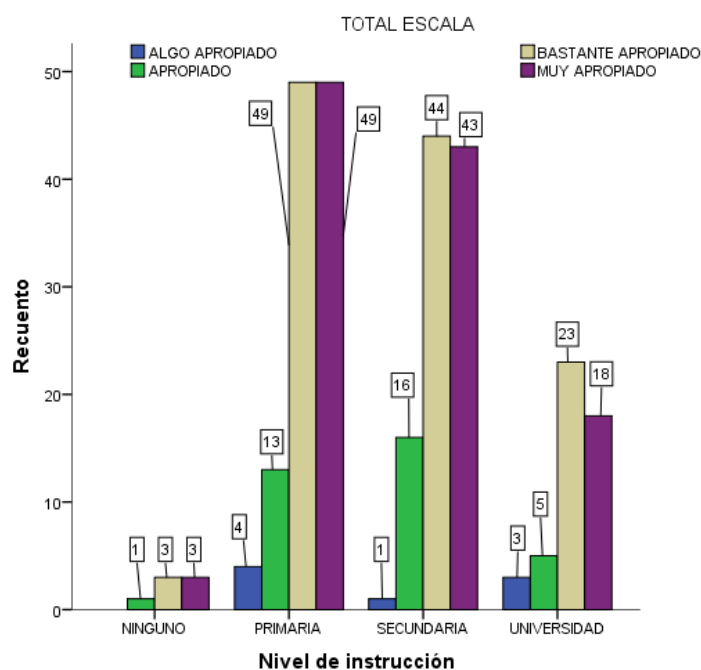


Figura 25. Resultado de distribución entre la relación nivel de instrucción y escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

2.13.5 Estado civil y resultado de las preguntas del PDRQ-9

Dentro de las opciones de respuestas a las preguntas de la escala, la opción bastante apropiada tuvo el 45.2% en el grupo con mayor cantidad de pacientes que corresponde al estado civil casado/a y entre todos los diferentes grupos se observa que lo más frecuente varía entre las respuesta bastante apropiada y muy apropiada con 43.3% y 41.1% respectivamente, un resultado no esperado es el grupo de separados que tuvo un mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 9.1%. (Tabla 27 - Figura 26)

Tabla 24. Resultado entre estado civil y escala PDRQ-9

		TOTAL ESCALA					
		ALGO APROPIADO	APROPIADO	BASTANTE APROPIADO	MUY APROPIADO	Total	
Estado civil	CASADO/A	Recuento	5	12	47	40	104
		Porcentaje	4,8%	11,5%	45,2%	38,5%	100,0%
	UNION LIBRE	Recuento	2	12	34	35	83
		Porcentaje	2,4%	14,5%	41,0%	42,2%	100,0%
	SEPARADO/A	Recuento	1	1	5	4	11
		Porcentaje	9,1%	9,1%	45,5%	36,4%	100,0%
	DIVORCIADO/A	Recuento	0	2	5	4	11
		Porcentaje	0,0%	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
	VIUDO/A	Recuento	0	1	7	6	14
		Porcentaje	0,0%	7,1%	50,0%	42,9%	100,0%
	SOLTERO/A	Recuento	0	7	21	24	52
		Porcentaje	0,0%	13,5%	40,4%	46,2%	100,0%
Total	Recuento	8	35	119	para 113	275	
	Porcentaje	2,9%	12,7%	43,3%	41,1%	100,0%	

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

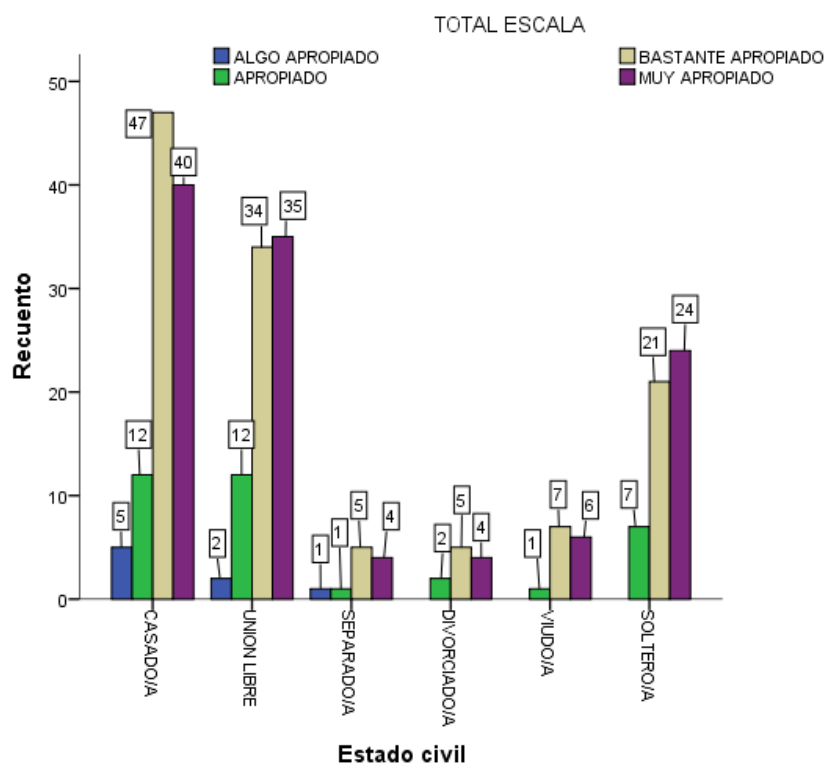


Figura 26. Resultado de distribución entre la relación estado civil y escala PDRQ-9

Realizado por: Mds. Cañas y Proaño

Fuente: Escala PDRQ-9

CAPITULO IV

3 DISCUSIÓN

La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos.(Orestes et al., 2014) En ella intervienen varios factores características de la personalidad del paciente y del médico; aspectos socioculturales y comunicacionales, conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve.(Orestes et al., 2014)

Se encontró un estudio con resultados similares, en población urbana, realizado por Izurieta Ana quién utilizó como herramienta a la escala PDRQ-9 para valorar la satisfacción, teniendo como resultado que el 79.9% de pacientes tuvieron percepción satisfactoria con respecto a la relación con su médico, comparado con nuestro estudio, en el cual el 84,4% de la población respondió satisfactoriamente a la relación con su médico por encontrar mayor número de respuestas a las opciones bastante apropiado y muy apropiado de la escala; es significativa esta percepción positiva de la relación que la población rural tiene hacia el médico familiar.

En lo que respecta a las diferentes variables sociodemográficas utilizadas en el estudio, de 275 participantes, el grupo etario en su mayoría con el 25,45% corresponde a edades comprendidas entre 31 – 40 años, sin embargo se observa que la distribución de la población está en edades desde 21 hasta 65 años. El género femenino con 60.36% corresponde al mayor grupo en comparación con el género masculino con 39.64%. El 86.18% se identifican como mestizos, con una minoría entre montubios, mulatos y afroecuatorianos que no superan el 4%. En lo

referente al nivel de instrucción la mayor parte de la población que participo en la investigación con 41.82% corresponde a un nivel primario, seguido por secundaria con 37.82% y universitarios en 17.82%, Se observó en el grupo cuyo estado civil es casado un mayor porcentaje 37.82%, seguido por unión libre 30.18%, solteros 18.91%. Para las variable de salud se considera que la población que participo en su mayoría el 62.91% no se había diagnosticado antes alguna enfermedad, sin embargo el 33.09% si ha sido diagnosticado de enfermedades antes de haber acudido a consulta externa de medicina familiar. Dentro de tipo de enfermedades diagnosticadas se identifica con en 10.91% hipertensión arterial, 5.45% diabetes mellitus tipo 2. El total de número de veces asistidas a consulta externa de la población que interviene en el estudio en su mayoría con el 53.82% corresponde a igual o mayor a 2 veces, seguido por 27.64% mayor a 5 veces.

Khayat K. en su estudio indicó en los grupos de edades de 17 y 44 años eran menos satisfechos con el médico y más determinados a cuestionar la competencia del médico en relación a los mayores de edad, (Khayat Kevin & Brian, 1994). Como referencia a esto se encontró en nuestro estudio que con respecto al grupo entre 21 a 30 años hubo mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 6,3% en comparación con los otros grupos sugiriendo una relación no satisfactoria del paciente del área rural con el médico de Medicina Familiar

En el estudio realizado en Kuwait por Alotaibi M, encontró diferencias significativas de la satisfacción, mayor entre los hombres que entre las mujeres“(Alotaibi, Alazemi, Alazemi, & Y Bakir, 2015). Al contrario en nuestro estudio donde se evidencia un resultado no esperado donde es el grupo de género masculino que tuvo un mayor número de respuestas al enunciado

algo apropiado en un 4.6% en comparación con el género femenino 1.8% traduciéndose en una relación no satisfactoria del paciente con el médico de familia.

Otros resultados en el estudio realizado en Kuwait se encontró diferencias significativas de la satisfacción de los pacientes de acuerdo al nivel de educación, la satisfacción global fue mayor entre los que tenían un grado universitario de educación que los otros niveles de educación“(Alotaibi et al., 2015), mientras que como un resultado no esperado en nuestro estudio es el grupo universitario que tuvo un mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 6.1% en comparación con los otros grupos refiriendo una relación no satisfactoria del paciente del área rural con el Médico Familiar.

A pesar de que no se encuentran estudios para poder comparar el estado civil y la relación médico-paciente; en nuestro trabajo un resultado no esperado es en el grupo con estado civil “separados/as” tuvo un mayor número de respuestas al enunciado algo apropiado en un 9.1% lo que se revelaría en una relación no satisfactoria con el médico.

El pensamiento que los factores intervienen en una efectiva comunicación y no son únicamente dependientes del paciente, es importante, para que el médico aplique los principios de comunicación para satisfacer la demanda del paciente con asertividad ya que en la población rural como la nuestras sus expectativas en atención médica humanizada y personalizada son mínimas debido a múltiples causas.

En nuestra población participante de la investigación no existen estudios previos que permitan valorar la percepción de la relación médico paciente y la utilización de la escala PDRQ-9 por lo que se pone de manifiesto nuestro interés por conocer cuáles son los niveles de satisfacción en la población rural de la atención médica.

CAPÍTULO V

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Previo a realizar la escala PDRQ-9 a pesar de su sencillez por tratarse de una escala tipo Likert se llevó a cabo una prueba piloto para valorar la comprensión, una dificultad que no superó el 20% en una de las preguntas con respecto a la accesibilidad; resultado que no limitó la participación de la población rural en el proceso de investigación

En nuestra investigación concluimos, con respecto a los resultados de la escala PDRQ 9 es de ayuda para la valoración de la percepción, relación médico-paciente, esto debido a que el 84,4% de la población presentó un mayor número de respuestas a las opciones bastante apropiado y muy apropiado de la escala indicando una relación satisfactoria

En la población los grupos de edad 21 a 30 años, en el género masculino, en el grupo de instrucción universitario y estado civil separado por sus respuestas al enunciado algo apropiado resultado que sugiere una tendencia a la insatisfacción.

En la identificación de las características de la población intervenida se concluyó que se trata de un grupo en su mayoría adulta media, en menor cantidad adulto joven y adulto maduro, se identifica mayor número de mujeres que hombres, que acuden a la consulta médica, de acuerdo al grupo étnico se autoidentifican la gran mayoría como mestizos, el nivel de instrucción de la población que acude corresponde a primaria y el estado civil de los pacientes recae en casados. Con respecto a los antecedentes de enfermedades previamente diagnosticadas la

mayoría no presentaban, sin embargo en una parte de la población atendida se identifica comorbilidades crónicas enlistadas (Hipertensión arterial, Diabetes) y otras.

Para dar continuidad y complementar el trabajo de investigación se recomienda:

- Realizar estudios cualitativos que permitan medir el nivel de satisfacción y la calidad de atención adicionando la participación con grupos focales usando preguntas abiertas y análisis de discurso, en la zona rural de Pedro Vicente Maldonado y poder comparar con los resultados obtenidos en esta investigación.
- Con relación al resultado obtenido se observa que el aporte del médico familiar ayuda a fortalecer la relación médico paciente en zonas rurales por lo que se espera a través del presente trabajo incentivar a la participación de más médicos familiares en estas zonas.
- Mediante encuestas identificar en la población rural cuales son los componentes que se requiere para una adecuada atención médica.

ANEXO 1

ESCALA PDRQ-9

(RELACION MÉDICO – PACIENTE)

PREGUNTAS	1 (NADA APROPIADO)	2 (ALGO APROPIADO)	3 (APROPIADO)	4 (BASTANTE APROPIADO)	5 (MUY APROPIADO)
Mi médico me ayuda					
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
Creo en mi médico					}
Mi médico me entiende					
Mi médico se dedica ayudarme					
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
Puedo hablar con mi médico					
Me siento contento/a con el tratamiento de mi médico					
Siento a mi médico fácilmente accesible					

Martín-Fernández J., Del Cura-González M.I., Gómez-Gascón T., Fernández-López E., Pajares-Carvajal G., Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Atención Primaria 2010. 42(4): 196-205.

ANEXO 2
ENTREVISTA PARA REALIZAR ESCALA PDRQ-9
(Relación- Medico Paciente)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.- ¿A qué grupo de edad pertenece?

- 1. 18 a 20 años. ☐
- 2. 21 a 30 años. ☐
- 3. 31 a 40 años. ☐
- 4. 41 a 50 años. ☐
- 5. 51 a 65 años ☐
- 6. mayor de 65 años ☐

□ 2.- ¿Cuál es su sexo?

- 1. Masculino ☐
- 2. Femenino ☐

3.- ¿A qué grupo étnico considera que pertenece usted?

- 1. Indígena ☐
- 2. Afroecuatoriano/a ☐
- 3. Mulato/a ☐
- 4. Montubio/a ☐
- 5. Mestizo/a ☐
- 6. Blanco/a ☐
- 7. Otro/a ☐
- 99. NS/NR ☐

4.- ¿Cuál es el nivel de instrucción más alto al que asistió?

- 1. Ninguno ☐
- 2. Primaria ☐
- 3. Secundaria ☐
- 4. Universidad ☐

DATOS SOCIO FAMILIARES

5.- ¿Actualmente, cuál es su estado civil?

- 1. Casado/a ☐
- 2. Unión libre ☐
- 3. Separado/a ☐
- 4. Divorciado/a ☐
- 5. Viudo/a ☐
- 6. Soltero/a ☐
- 7. 99. NS/NR ☐

DATOS SOBRE ENFERMEDADES.

7.- ¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad

- 1.- SI ☐
- 2.- NO ☐
- 99. NS/NR ☐

8.- ¿Qué enfermedades le han diagnosticado a usted?

- 1. Ninguno ☐
- 2. Hipertensión Arterial ☐
- 3. Diabetes ☐
- 4. Otras ☐

9.- Cuantas veces asistió al servicio de consulta externa de medicina familiar durante el primer semestre del año 2017

- 1.- igual o mayor de 2 veces ☐
- 2.- mayor de 5 veces ☐
- 3.- mayor de 10 veces ☐
- 4.- mayor de 15 veces ☐
- 5.- mayor de 20 veces ☐
- 99. NS/NR

ANEXO 3

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

María Isabel Cañas Tutasi y Charyl Ivon Proaño Alvarado

Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado - Fundación Saludes

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

PARTE I: Información

Introducción

Nosotras María Isabel Cañas T., y Charyl Proaño A. somos estudiantes de posgrado del tercer año de Medicina Familiar, nos encontramos realizando un trabajo de investigación para el proyecto de nuestra tesis la misma que tiene como finalidad “Estimar la percepción del paciente en área rural que acude a la consulta externa de Medicina Familiar sobre la relación médico - paciente en Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado durante el año 2017”. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación tómese el tiempo suficiente para reflexionar si quieren participar o no antes de contestar le recordamos que su participación es totalmente voluntaria. Además antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Si no entienden algunas de las palabras o conceptos, por favor, pregúntenos y se procederá a explicarle

Propósito

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. No se escribía. Se consideraba un hecho su existencia como base del trabajo del médico con el enfermo, principio que después se describió como la relación de confianza entre dos seres humanos, dicha relación que ha sido capaz de lograr muchas curaciones. Se comienza a hablar en los diferentes textos de medicina e investigaciones sobre la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo por lo cual es la razón por la que hacemos este estudio.

Tipo de Intervención de Investigación

La investigación que se llevará a cabo se trata sobre una entrevista será clara, objetiva y breve que se realizara a los participantes que deseen colaborar.

Selección de participantes

Se encuentra la invitación hecha a todas las personas tanto hombres como mujeres mayores de edad que hayan sido atendidos anteriormente por consulta externa de Medicina Familiar para participar en la investigación para poder estimar sus percepciones sobre como consideran que es su relación como paciente con su médico de Medicina Familiar

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria por lo tanto Ud. puede elegir participar o no hacerlo.

Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Incentivos

Durante el proceso de investigación y por formar parte de la misma no se entregara ningún incentivo a los participantes.

Confidencialidad

La información de los participantes durante el proyecto de investigación, será de absoluta confidencialidad, solo los investigadores tendrán acceso a los documentos que será utilizados, en la recolección de datos de los colaboradores.

Compartiendo los Resultados

Los resultados preliminares se podrían dar a conocer a los grupos participantes, en una reunión Planificada y de manera confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted tiene el derecho de dejar de participar en el proyecto de investigación en el momento que crea conveniente, es de libre elección.

A Quién Contactar

Si usted tiene preguntas sobre nuestro proyecto, puede contactarse con las investigadoras María Isabel Cañas, Dirección Hospital Pedro Vicente Maldonado, Avenida Manuel Córdova Galarza Mz06-405 y 26 de Septiembre, teléfono 0995014677 maria_isabel_canas@hotmail.com

Charyl Ivon Proaño Alvarado Dirección Hospital Pedro Vicente Maldonado, Avenida Manuel Córdova Galarza Mz06-405 y 26 de Septiembre teléfono 0991685868 charyl14saet@hotmail.com.

Formulario de consentimiento.

He sido invitado a participar de forma voluntaria, en el proyecto de investigación sobre percepción de relación médico paciente en el área rural, Hospital Pedro Vicente Maldonado, sin riesgos para mi salud, sin recibir incentivos, conozco a los investigadores y el lugar de contacto de cada uno de ellos.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que en cualquier momento del transcurso del proyecto, puedo retirarme sin que me afecte de alguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año.

REFERENCIAS

- A.Babic-Banaszak, Kovacic, L., M.Mastilica, Babic, S., Ivankovic, D., & A. Budak. (2001). The Croatian health survey- patient's satisfaction with medical service in primary health care in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 449–458.
- Alotaibi, M., Alazemi, T., Alazemi, M., & Y Bakir. (2015). Patient satisfaction with primary health-care services in Kuwait. *Internatinal Journal Practice*.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2015). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *J Am Board Fam Pract*, 25–38.
- Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, et al. (2008). Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training. *Joint Commission of the Swiss Medical Schools*.
- De las Heras J. (1994). La relacion Medico Paciente. In *Manual de Bioetica General* (Rialpsa, pp. 271–278). Madrid.
- Edgar Vera-Béjar. (2001). La enseñanza de la ética en el pregrado. *Boletín de La Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 1.
- Entralgo, L. (1969). La relación médico – enfermo. Historia y teoría. (Guadarrama). Madrid.
- Esquerda, M., Yuguero, O., & Joan Viñas. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Elsevier Atencion Primaria.*, 48.
- Fajardo Uribe, L. A. (2009). A proposito de la comunicacion verbal. *Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España Y Portugal*, 121–142.
- Gherardi C.R. (1996). Bioética, una realidad en la práctica clínica. In *Programa de actualización en medicina interna* (Panamerica, p. 255).
- Gómez, S. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente. El médico como persona en la relación médico-paciente*. (Fundamento). España.
- González Menéndez RA. (2013). Los secretos de la prevención de iatrogenias. *Rev Cubana Med*, 6.
- Hernández-Torres, I., Ma, F.-O., -Coria, I., & Hernández-Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. *Artículo de Revisión*, 8(2), 137–143.
- Herrera Ramirez Diego. (2016). Practica de la salud en mundo rural. *Practica Familiar Rural*.
- Ibrahim, S. A.-E., Manal, A.-M., Radwan, M. M., & Al-Terkit, A. M. (2005). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait. *Middle East Journal of Family Medicine*, 10–15.
- Inge Debrouwere. (2008). La comunicacion medico-paciente en consulta médica. In *Un Modelo de consulta y algunas tecnicas para buena entrevista semiestructurada* (pp. 26–39).
- J.A. Flórez Lozano. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 167–182.
- Jesús Millán Núñez-Cortés. (2014). Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *Revista de La Fundacion Educacion Medica*.
- Juan Pablo Beca. (2015). Evolución de la relación médico-paciente. *Academia Chilena de*

Medicina., 391–396.

- Jung, H. P., Wensing, M., Olesen, F., & Grol, R. (2002). Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care*, 11, 315–319.
- Khayat Kevin, & Brian, S. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice*, 215–219.
- Kurtz, M. P. G. G. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Med Chile*, 1049.
- Martín-Fernández, J., Del Cura-González, M. I., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: Un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atencion Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.026>
- Mayda Josefa Hernandez Rosales. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina*, 1.
- Mingote J., M. B. (2008). Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones médico-pacientes (CREMP). *Actas Esp Psiquiatria*.
- Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atencion Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>
- Muecke A, Lentthall S, L. (2011). Culture shock and healthcare workers in remote Indigenous communities of Australia: what do we know and how can we measure it? *Rural Remote Health*, 11.
- Orestes, A., Baró, A., & González, A. T. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link. *MEDICIEGO*, 20(1).
- Presentada En La, C., & Garzón, F. R. (2011). LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES.
- Rafael Echeverri Perico. (2011). Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina. *CEPAL- Colección Documentos de Proyectos*, 14.
- Rodriguez, M. (2008). *Relación médico paciente*. (Ciencias M). La Habana.
- Rold., K., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1996). Sinopsis de psiquiatría ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. *Ciencias de La Conducta Y Psiquiatría Clínica.*, 1–15.
- Romani, M., & Khalil Ashkar. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 2–6. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Roter, D. (2001). La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico. *Rev Esp Geriatrica Gerontologia*, 16–17.
- Silva, D. H. (2008). La toma de decisiones en el contexto de la relación médico-paciente. In Dosyuna (Ed.), *La autonomía en la relación médico-paciente: aspectos bioéticos y médico-legales*. (pp. 195–201). Argentina.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., ... Hanley, J. A. (2007). CLINICIAN'S CORNER Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *American Medical Association*.
- Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., & Kerr, J. (2009).

CanMEDS- Family Medicine Working Group on Curriculum Review CanMEDS-Family Medicine Working Group on Curriculum Review Section of Residents Andrew Organek, Section of Residents.

Tobie-Gutiérrez, W. A., & Nava-López, J. A. (2012). Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexica de Anestesiologia.*, 35, 234–237.

Zoe Díaz Bernal, I. D. G. J. (2010). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *La Perspectiva de Género Y La Relación Médico-Paciente Para El Problema de La Infertilidad Gender Perspective and the Physician-Patient Relationship in Treating Infertility.*